

出席停止措置願（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

有田中央高等学校長 様

下記のとおり、出席停止措置をとっていただきますようお願いいたします。

年 組 番

生徒氏名.....

保護者氏名..... 印

記

*医療機関で新型コロナウイルス感染症と診断された場合、医師の指示や病状について下欄に保護者が記入し、診療明細書と処方薬説明書の両方の写しを裏面に貼付してください。

病名（学校感染症） 新型コロナウイルス感染症

発症日 令和 年 月 日（ ）

受診日 令和 年 月 日（ ）

症状が軽快した日 令和 年 月 日（ ）

出席停止の期間

令和 年 月 日（ ）～ 令和 年 月 日（ ）

受診した医療機関名

医療機関の電話番号

*出席停止期間の基準

発症日を0日として翌日から5日を経過し、かつ、症状が軽快した後1日を経過するまで

（「症状が軽快」とは、解熱剤を使用せずに解熱し、かつ、呼吸器症状が改善傾向にあることを指します）

学校使用欄（担任記入）

出席停止措置

令和 年 月 日（ ） 限 ～ 令和 年 月 日（ ） 限 まで

校 長	教 頭	教 務	保 健	担 任