

新型コロナウイルス感染症（疑い）による出席停止証明書

東福岡高等学校長 殿

年 組 番 氏名

上記の者は、新型コロナウイルス感染症（疑い）により出席停止の証明書を提出します。

記

1. 出席停止を要する理由（該当箇所に○印をつける）

- | | |
|------------------------------------|---|
| () 発熱等の風邪の症状がみられた | |
| () 嗅覚・味覚の異常がみられた | |
| () 強いだるさ（倦怠感）や息苦しさ（呼吸困難）等があった | |
| () 感染者の濃厚接触者に特定された（疑い・家族にいる場合も含む） | |
| () 医療機関において新型コロナウイルス感染症と診断された | |
| 【相談・受診した医療機関： | 】 |
| 【相談・受診した日： | 】 |
| 【医療機関による指示内容： | 】 |
| () その他【 | 】 |

2. 症状が出た日：令和 年 月 日（ ）

3. 出席停止の期間

令和 年 月 日（ ）～ 令和 年 月 日（ ）まで

令和 年 月 日

保護者名

印