

*再登校の際に担任へ御提出ください。

新型コロナウイルス感染症（疑いを含む）に関する出席停止連絡票

〔保護者記入〕

科 年 組 番 生徒氏名

1 出席停止となる事由（をつけてください）

新型コロナウイルス感染症の患者と接触があり、保健所から医療機関の受診や
自宅等での待機を求められた

発熱や咳等の風邪症状がみられた
症状（

）

2 出席停止期間

令和2年 月 日（ ）～ 月 日（ ）

3 医療機関（受診した場合）

受診日 令和2年 月 日（ ）

医療機関名 住所

医師による指示

（

令和2年 月 日

保護者氏名

印