

新型コロナウイルス感染症に関する出席停止確認書

熊本県立済々黉高等学校

年 組 号

生徒名

1 下記の新型コロナウイルス感染症に関する出席停止の基準に該当する項目に○印をつけてください。(複数回答可)

() ワクチン接種

() 発熱等の風邪の症状がある

() 味覚・嗅覚障がい等の新型コロナウイルス感染症が疑われる症状がある

() その他

○印を付けられた項目について具体的に記入してください。

2 期間

月 日 ～ 月 日

※医療機関を受診された場合はご記入ください。

医療機関名 ()

令和 年 月 日

保護者名 _____ 印

※本書は登校後に提出願います。