

【この用紙は保護者が記入してください】

年 月 日

西大和学園中学校・高等学校長 殿

## 新型コロナウイルス感染症に伴う出席停止願ひ

西大和学園 中学校・高等学校 年 組

生徒氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

※該当する番号に○をつけてください。

1 「新型コロナウイルス感染症」と診断された。

※ 治癒するまで(症状がなくなるまで)出席停止

診断された日： \_\_\_\_\_ 年 月 日

指示を受けた保健所名または医療機関名： \_\_\_\_\_

指示された内容： \_\_\_\_\_

2 同居家族が「新型コロナウイルス感染症」にかかった。

もしくは、本人が濃厚接触者と特定された。

※ 最後に濃厚接触した日から起算して2週間出席停止

3 同居する家族が濃厚接触者と特定されPCR検査を受けた。

※ PCR検査の結果がわかるまで出席停止

4 生徒または同居家族に発熱等の風邪症状がみられた。

※ お子さまの症状がなくなるまでまたは医師の指示を受けた期間まで出席停止

受診日： \_\_\_\_\_ 年 月 日

受診した医療機関名： \_\_\_\_\_

指示された内容： \_\_\_\_\_

5 その他 ( \_\_\_\_\_ )

出席停止期間 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 月 日