

*連絡票は保護者が記入し、登校の際に学校に提出してください。

新型コロナウイルス感染症(疑い)等による出席停止の連絡票

市立柏高等学校長 殿

新型コロナウイルス感染症又は疑い等のため、療養しました。下記のとおり報告します。

記

1 欠席理由 *該当する項目に✓を入れてください。

- 本人が新型コロナウイルスに感染した
- 本人が濃厚接触者に特定された
- 本人に発熱や風邪症状がみられる

具体的な症状

- 本人が医師や保健所等の指示等でPCR検査等を受けた
*PCR等の検査結果が判明するまで出席停止
- 同居する家族に発熱や風邪症状が見られる
- 同居する家族が濃厚接触者に特定された
- 同居する家族が医師や保健所等の指示等PCR検査等を受けた
*PCR等の検査結果が判明するまで出席停止
- 新型コロナワクチンを接種した
接種日： _____ 月 _____ 日
- 新型コロナワクチン接種後に副反応が生じた
- その他 (_____)

2 療養期間 (病院・保健所等で指示された期間があればそれを記入)

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

3 医療機関名又は保健所名 (受診した場合のみ記入)

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

_____ 年 _____ 組 _____ 番 生徒氏名

_____ 保護者氏名

_____ 印