

新型コロナウイルス感染症に関わる出席停止証明書(6.24改訂版)

山梨県立都留興譲館高等学校長 殿

年 組 番 氏名

1 新型コロナウイルス感染症に関し、該当する番号に○を付け、【 】に記入してください。

(1) 感染が判明した

出席停止期間は、医療機関または保健所が定めた期間となります。

(2) 発熱等の風邪症状がみられ医療機関を受診した

(新型コロナウイルスワクチン接種後の副反応を含む)

出席停止期間は、受診した当日のみ。高熱の場合には、解熱後2日までの自宅での療養期間も含めます。

(3) 感染者の濃厚接触者に特定された

出席停止期間は、感染者と最後に濃厚接触した日の翌日から起算して2週間となります。

(4) その他の理由

(新型コロナウイルスワクチン接種、同居家族のPCR検査結果が出るまで自宅待機を指示された等)

出席停止期間は、医療機関または保健所が定めた期間となります。

【 】

2 出席停止期間【 令和 年 月 日()～令和 年 月 日()】

3 医療機関の受診について

(1) 医療機関名(保健所を含む)【 】

(2) 受診日(ワクチン接種日)【 令和 年 月 日()】

(3) 診断名【 】

(4) 検査結果(受けた検査名と結果に○を付けてください。)

【 インフルエンザ(- ・ +) PCR(- ・ +) その他[(- ・ +)]】

以上の記載内容は、事実と相違ありません。

令和 年 月 日

保護者氏名



※この証明書は、再登校の初日に必ず提出してください。

提出の際には、健康チェック表と受診した医療機関の領収書や新型コロナウイルス予防接種済証等受診したことが分かるものを添えてください。(学校でコピーを取って原本は返却いたします。)

