

校 長	教 頭	教 務	保 健	担 任

病 欠 届 (新型コロナウイルス感染症関連 出席停止用)

学 校 名	石川県立羽咋高等学校
生徒氏名	H 番 氏名
欠 席 理 由 該当する番号を○で 囲んでください。	1 感染が判明した 2 濃厚接触者に特定された 3 ワクチン接種のため 4 ワクチン接種による副反応 5 発熱や倦怠感、喉の痛みなどの風邪症状あり 6 同居の家族に、5の症状あり 7 その他 (詳しく記入してください) ( )
欠 席 期 間	月 日 ( ) 曜日 ( ) 限 より 月 日 ( ) 曜日 ( ) 限 まで ※ 遅刻・早退の場合は、( ) 限を記入してください。
上記の通り、欠席したことを届け出します。 令和 年 月 日 保護者氏名 _____ (保護者直筆でお願いします)	