

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。	<p>1 感染が判明した</p> <p>2 濃厚接触者に特定された</p> <p>3 ワクチン接種のため</p> <p>4 ワクチン接種による副反応</p> <p>5 発熱や倦怠感、喉の痛みなどの風邪症状あり</p> <p>6 同居の家族に、5の症状あり</p> <p>7 その他 (詳しく記入してください)</p> <p>()</p>
欠 席 期 間	<p>月 日 () 曜日 () 限 より</p> <p>月 日 () 曜日 () 限 まで</p> <p>※ 遅刻・早退の場合は、() 限を記入してください。</p>
<p>上記の通り、欠席したことを届け出します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>保護者氏名 _____ (保護者直筆でお願いします)</p>	