感染症による欠席届

学 校	石川県立羽咋工業高等学校
学年・組	_____ H _____ 番
氏 名	
住 所	
受診した医療機関 (受診した場合は ご記入ください)	
診断名又は症状	
療 養 期 間	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 曜日) より _____ 月 _____ 日 (_____ 曜日) まで
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 _____ 印	

*この届けは、発熱や風邪症状等又は新型コロナウイルス感染者との濃厚接触の場合に使用してください。