新型コロナウイルス感染症(COVID-19)に係る報告書

学　校　名	石 川 県 立 翠 星 高 等 学 校
生徒氏名等	H　　番　氏名
休養等の期間	令和　　年　　月　　日（　　）～　　月　　日（　　）まで
内　　容 （該当箇所を☑し、必要事項をご記入ください。）	□新型コロナウイルス感染症(COVID-19)と判明した 発熱等の発症日：　　月　　日（　　） 医療機関の受診日：　　月　　日（　　） ＰＣＲ・抗原検査日：　　月　　日（　　） 受診した医療機関名：（　　） □新型コロナのワクチン接種のため　（　　）回目接種 接種日：　　月　　日（　　）　□欠席　□遅刻　□早退 □新型コロナのワクチン接種の副反応による 接種日：　　月　　日（　　）　（　　）回目接種 休養期間：　　月　　日（　　）～　　月　　日（　　）

※この報告書は、**保護者の方が記入**(ペン書き)の上、学校に提出してください。
なお、診療明細書や薬剤指示書等の医療機関に受診したことがわかる書類の添付もお願いします。

令和　　年　　月　　日

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

《参考》出席停止期間の基準（学校保健安全法施行規則第 19 条）令和５年５月８日から施行
新型コロナウイルス感染症　発症した後５日を経過し、かつ、症状が軽快した後１日を経過するまで。

供覧	校　長	教　頭	教務主任	保健課担当