本用紙は、すべて保護者等が記入し、提出していただくものです。

出席停止解除願

年　　月　　日

お茶の水女子大学附属高等学校長　殿

____年____組____番　　生　徒　氏　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者等氏名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下記のとおり、学校保健安全法施行規則に基づき、規定の期間を過ぎ体調に問題がなくなりましたので、出席停止を解除願います。

記

どのような症状がありましたか？：

発熱 、咽頭痛 、咳 、その他（　　）

※　該当するものに〇をつけてください。

罹患した学校感染症名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

発 症 年 月 日：＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

出席停止期間：＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日　～　＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

検査・診断を受けた場所：自　宅　・　医療機関

検 査 ・ 受 診 年 月 日：＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

医療機関の場合：　医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電 話 番 号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医　師　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

★インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症以外の自己検査キットがない感染症については、必ず医療機関を受診してください。

本用紙は、すべて保護者等が記入し、提出していただくものです。

インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症疑いによる検査・受診にともなう出席停止解除願

年　　月　　日

お茶の水女子大学附属高等学校長　殿

____年____組____番　　生　徒　氏　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者等氏名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本日、下記の感染症の疑いで検査しました。検査の結果、感染はありませんでした。

インフルエンザ　・　新型コロナウイルス感染症

（どちらかに〇をつけてください）

記

発　症　年　月　日：＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

検査・診断を受けた場所：自　宅　・　医療機関

検査（受診）年月日：＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

医療機関の場合：医療機関名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電 話 番 号　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医　師　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿