

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○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 _____