

校長	副校長	教 頭	教 務	係	主 任	担 任

令和 年 月 日

志学館中等部高等部 校長様

欠席届〔感染症疑い〕

_____年 L・S _____組 _____番

生徒氏名 _____

保護者氏名 _____ 印

感染症の疑いがあると判断し、医療機関に受診し、以下の検査をいたしました。

【検査内容】

症状に☑をしてください。

コロナPCR検査 コロナ抗原検査

インフルエンザ その他(_____)

※ 自宅での抗原検査は、公欠にはなりません。必ず医療機関を受診してください。

※ 受診時の診療明細書(領収書)・処方薬・説明書等、氏名と日付が確認できるものの写しを裏面に貼付してください。

【検査日】

令和 年 月 日()

【検査結果日】

令和 年 月 日()

【医療機関】

医療機関名 _____

医療機関電話番号 _____ (_____)

※ 学校記入欄	公欠期間	令和 年 月 日() ~ 月 日()
※ 担任記入	<input type="checkbox"/> 上記期間における、健康観察の入力状況の確認	