

新型コロナウイルス感染症(疑い)・ワクチン接種等による欠席届

令和 年 月 日 届出

学校長殿

第 学年 組 番 名前

上記の者、新型コロナウイルス感染症（疑い）・ワクチン接種等のため、欠席いたしました。

欠席期間 令和 年 月 日（ ）～ 月 日（ ）

(1) 感染・疑い（どちらかを○で囲んでください）

疑い（本人・家族の体調不良）のために欠席する場合は詳細を記入してください。

※受診について（有・無）

医療機関名

受診日 令和 年 月 日（ ）

検査 ・インフルエンザ（－／＋） ・PCR（－／＋）

・抗原検査（－／＋） ・未検査

(2) ワクチン接種（副反応）の場合

医療機関 等

接種日 令和 年 月 日（ ）

接種回数（ 回目）

以上の記載内容は、事実と相違ありません。

保護者氏名

印