

新型コロナウイルス感染症罹患申出書

錦城高等学校長あて

年 組 番 氏名

診断日 令和 年 月 日

欠席期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
(医師から登校を控えるように指導された期間)

受診医療機関名 _____

【 抗原検査で陽性反応が出た場合 検査日：令和 年 月 日 】

令和 年 月 日

保護者氏名 _____ (印)