

証明書

(新型コロナウイルス感染症関連)

聖光高等学校長 様

年 組 番

氏 名

新型コロナウイルス感染症対策のため

*該当する箇所にをし、必要事項を記入してください

本人に発熱などのかぜ症状がある

・発熱 (°C)

・かぜ症状 (*あてはまるものすべてに○をつけてください)

[倦怠感 鼻汁・鼻閉 咳 頭痛 咽頭痛 腹痛 下痢
吐き気・嘔吐 感覚異常(味覚・嗅覚) その他 ()]

同居の家族に発熱などのかぜ症状がある。

(*学校の行動基準による感染レベルが3及び2の場合のみ)

・本人との続柄 ()

・新型コロナウイルス感染症が疑われる経緯を記入してください

[]

その他 (上記のほかに新型コロナウイルス感染症予防のために欠席した理由を記入してください)

()

自 令和 年 月 日

至 令和 年 月 日 の 間

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

保護者氏名 (自署)