

この用紙はご家庭で記入するものです。医師の証明等は不要です。

静岡聖光学院中学校・高等学校
学校長 様

様式 1

新型コロナウイルス感染症罹患による出席停止届 2024.10.改訂版

中・高 年 組 番

生徒氏名

出席停止期間

月 日 () ~ 月 日 ()

※症状がでた日から5日間(症状がでた日を0日とします)以上経過、かつ
症状軽快から24時間以上たっていれば療養期間解除となります。

詳細は本校HPの5月8日以降における本校の「新型コロナウイルス感染症対策」
並びに「罹患した場合」についてをご確認下さい。

出席停止期間中は、下表に健康観察記録をつけてください。(体温は毎日同じ時間帯で計測してください)

	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目
月/日	/	/	/	/	/	/	/
体温	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C
症状の有無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無

↑ここまでが出席停止期間ですが体調によっては延長する場合があります。

	8日目	9日目	10日目	11日目	12日目	13日目	14日目
月/日	/	/	/	/	/	/	/
体温	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C	. °C
症状の有無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無	有 無

上記の通り、申告いたします。

令和 年 月 日

保護者氏名