

年 月 日

駒場学園高等学校長殿

出席停止願 (インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症用)

年 組 番 氏名

保護者名 印

下記○印の事由により欠席または早退しましたので、学校保健安全法施行規則第 19 条の定める出席停止期間で出席停止の措置をお願いいたします。

1. インフルエンザ（鳥インフルエンザ（H5N1 型）を除く）に罹患した
2. 新型コロナウイルス感染症に罹患した

受診した医療機関名

受診した医療機関の電話番号

[対象日・対象期間]

年 月 日 () ~ 年 月 日 ()

※学校記入欄

出席停止期間	月 日 () 時間目 ~ 月 日 () 時間目
出席停止日数	日
備考	