

第 _____ 号

学校保健安全法第19条に基づく

■ 出席停止欠席届

教務	主任	担任

学年・組	年 組 番
生徒名	
欠席年月日	令和 年 月 日 曜
	令和 年 月 日 曜
事由	1 感染が判明した（本人・同居家族） 2 感染者の濃厚接触者に特定された（本人・同居家族） 3 風邪症状等の症状がありPCR検査を受検した（本人・同居家族） 4 上記以外の発熱・風邪症状（本人・同居家族） 5 その他（ワクチン接種・ワクチン接種後の副作用・その他）

令和 年 月 日

保護者名 _____ 印

養護教諭名 _____ 印

担任名 _____ 印

西宮市立西宮東高等学校長様

【注意】

- 1 太枠内すべて必要事項をボールペンで記入すること。
- 2 ①保護者②養護教諭③担任の確認印を受けてから、各教科担当に承認してもらおう。ただし、1.2.3の事由及び、5ワクチン接種による欠席は教科担任の承認は担任が行う。
- 3 事由については該当するものに○をつけること。
- 4 事由が1.2.3の場合は、別紙（報告書）を添付すること

欠席教科・科目名および教科・科目担当承認印				
月日	時限	教科・科目名	担当者名	印
月	1			
	2			
	3			
日	4			
	5			
	6			
曜	1			
	2			
	3			
月	4			
	5			
	6			
日	1			
	2			
	3			
曜	4			
	5			
	6			