

	担任等

新型コロナウイルス感染症等欠席届

所 属： _____ 学科・コース 第 _____ 学年 番

学生氏名： _____

I：該当する欠席事由に○をつけ、必要事項を記入してください。

○	欠席事由	内容
	1、新型コロナウイルス感染症に罹患した（陽性者） 出席停止期間 症状あり：発症日から7日経過するまで （要：症状軽快後24h経過していること） 症状なし：検査日から7日経過するまで	症状の有無（○）： 有 ・ 無 発 症 日 : 年 月 日 検 査 日 : 年 月 日 検査結果判明日： 年 月 日
	2、濃厚接触者と判断された。（同居家族の感染等） 出席停止期間 感染者との最終接触日から5日経過するまで	感染者区分（ <input checked="" type="checkbox"/> ）： <input type="checkbox"/> 同居者（家族等） <input type="checkbox"/> 学生、教職員 <input type="checkbox"/> 寮生（学寮内） <input type="checkbox"/> その他（ ） 最終接触日 : 年 月 日
	3、発熱などの新型コロナウイルス感染症が疑われる症状（類似症状）が生じた。 出席停止期間 医療機関を受診した日から解熱（症状軽快）した日の翌日まで （新型コロナウイルス感染症の疑いがなく、医師から登校して差し支えない旨の診断があった場合は、上記によらず登校可能） ※医療機関を受診しない場合は、通常の欠席として扱います。	医療機関受診日： 年 月 日 医療機関名称： 主な症状（ <input checked="" type="checkbox"/> ）： <input type="checkbox"/> 発熱（ ° C） <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	4、新型コロナワクチン接種及びその後の副反応 公欠期間 接種日（副反応が生じた場合は、接種日含めて3日以内で登校可能な体調になるまでの間） ※発熱等が3日以上継続する際は医療機関を受診してください。	ワクチン接種日： 年 月 日 副反応（○） : 有 ・ 無
	5、その他	※具体的に記載してください。

II：上記の事由による欠席期間を記入してください。

欠席期間 年 月 日（ ）～ 年 月 日（ ）
--

III：備考（欠席事由・欠席期間について補足があれば記入）

--

【保護者記入欄】※必ず保護者が記入してください。

記載内容が事実と相違ないことを確認の上、保護者として責任を持って申告します。

年 月 日 保護者氏名（自署）

※長期留学生については、保護者の代わりとして寮務担当者の署名又は押印を受けてください。