

〔様式1〕

校長	教頭	教進部長	養護教諭	学年主任	担任

北海道文教大学附属高等学校 宛

学校感染症に係る出席停止証明書

\_\_\_\_\_年 組 番 \_\_\_\_\_氏名  
保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

1 欠席の理由(病名)

\_\_\_\_\_に罹患した  
または、疑いがある

2 発症日 令和 年 月 日( )

3 欠席の期間 令和 年 月 日( ) ~ 令和 年 月 日( )

4 上記に関連して医療機関等を受診した場合

医療機関名及び医師御芳名	印
医療機関受診日	令和 年 月 日( )
医師の指示事項	具体的に記載してください。

※医療機関の印がない場合は、受診・罹患を証明できるもの(検査結果コピーや調剤説明書のコピー等)と併せて学校に提出してください。

5 自己検査の場合

検査の種類	PCR検査・抗原検査・抗体検査・その他の検査
検査日	令和 年 月 日( )
検査結果	陽性・陰性

※測定カセット(検査結果が出ているもの)と身分証明書を一緒に写真に収め印刷し裏面に貼ってください。