

# 新型コロナウイルス感染症に基づく自宅待機届

愛媛県立大洲高等学校長 様

第 \_\_\_\_\_ 学年 \_\_\_\_\_ 組 \_\_\_\_\_ 番 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

案件の種類 (該当欄に○印、その他は( )に記入)

<input type="checkbox"/>	本人の陽性が確認された。	<input type="checkbox"/>	家族等の陽性が確認された。
<input type="checkbox"/>	本人が濃厚接触者に特定された。	<input type="checkbox"/>	家族等が濃厚接触者に特定された。
<input type="checkbox"/>	本人が任意の検査を受けた。	<input type="checkbox"/>	家族等が任意の検査を受けた。
<input type="checkbox"/>	(本人)ワクチン接種による副反応	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	その他 ( )		

自宅待機の期間

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) から

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) まで

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

校内記入欄 (HR担任確認)

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 限 ~ 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 限

校 長	教 頭	教務課長	養護教諭	担 任