

受診証明書(※COVID-19/インフルエンザ用)

愛媛県立松山工業高等学校長様

第 学年 科 番 氏名

病 名

受診医療機関名

療養に要する期間 令和 年 月 日から

令和 年 月 日まで

上記のとおり、学校において予防すべき感染症（疑）のため自宅療養しました。

令和 年 月 日

保護者氏名 印

※新型コロナウイルス感染症、インフルエンザについては、検査結果が分かるもの(コピー可)を必ず貼付してください。(「陽性」「陰性」のメモ、感染者に配布されるチラシ、インフルエンザ治療薬・コロナ治療薬(解熱剤等対症療法薬は不可)の処方がある診療(医療)費明細書等どれか一つ)

校内記載欄

HR担任確認欄 (出席停止期間を記入してください。)

令和 年 月 日 限～ 令和 年 月 日 限

校 長	教 頭	教 頭	養護教諭	教務課	HR 担任

貼付欄（いずれもどれか一つ／コピーでかまいません）

新型コロナウイルス感染症

⇒検査結果の分かるもの（「+」「陽性」などが分かるメモ、感染者に配布されるチラシ等）

またはコロナ治療薬の領収書や説明書等

感染したことがわかるもの

インフルエンザ

⇒検査結果の分かるもの（「+」「陽性」などが分かるメモ）、

またはインフルエンザ治療薬の領収書や説明書等、

インフルエンザに感染したことが分かるもの

検査による出席停止(検査日のみ)

⇒病院が発行する領収書・診療(医療)費明細書・検査結果等、検査したことが分かるもの