

Report of absence due to COVID

(COVID positive result・suspect as positive・close contact・suspect as a close contact・COVID vaccination・side effect from the COVID vaccination)

新型コロナウイルス感染症による欠席期間の報告書

(新型コロナウイルス感染症罹患・罹患疑い・濃厚接触者・濃厚接触者疑い・コロナワクチン接種・コロナワクチン接種副反応)

Dear Principal

学校長様

Student name 生徒氏名: _____

Class クラス: _____

1. Medical Institution that received treatment (If you have)

診療を受けた医療機関(あれば) : _____

2. Consultation day 診療日: _____ YY年 MM月 DD日

3. Period of absence 欠席期間: _____ YY年 MM月 DD日 ~ _____ YY年 MM月 DD日

4. Date of returning to school 登校再開日: _____ YY年 MM月 DD日

※Please circle below.

※下記に○をつけてください。

<input type="checkbox"/>	Positive test result to COVID / 新型コロナウイルス感染症陽性 onset day 発症日(/)
<input type="checkbox"/>	Suspected infection as COVID // 新型コロナウイルス感染疑い
<input type="checkbox"/>	Close contact / 濃厚接触者
<input type="checkbox"/>	Suspected Close contact / 濃厚接触者疑い
<input type="checkbox"/>	COVID vaccination / コロナワクチン接種 Vaccination date 接種日(/)
<input type="checkbox"/>	Side effect from the COVID vaccination / コロナワクチン接種による副反応 Vaccination date 接種日(/)

I hereby certify that the above statements are true and correct to the best of my knowledge.

上記の通り、相違ありません。

_____ YY年 MM月 DD日

Parents/Guardian Name 保護者氏名 _____