

証明書

(新型コロナウイルス感染症)

聖光高等学校長 様

年 組 番

氏 名

上記の者は新型コロナウイルス感染症のため

*該当する箇所にをし、必要事項を記入してください

- 発熱などのかぜ症状がある
・発熱 (°C)

- かぜ症状 (*あてはまるものすべてに○をつけてください)

[倦怠感 鼻汁・鼻閉 咳 頭痛 咽頭痛 腹痛 下痢
吐き気・嘔吐 感覚異常(味覚・嗅覚) その他()]

自 令和 年 月 日

至 令和 年 月 日 の 間

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

保護者氏名

医療機関名