

신속항원검사 결과 보호자 확인서

신속항원검사 결과 보호자 확인서

()학년 ()반 이름:

	1차	2차	3차	비고
날짜	(예시) 3.14.			
결과	(예시) 음성			

※ 학교 자체조사 결과 접촉자 중 무증상자는 7일간 3회 이상(2일 간격) 신속항원검사 실시

※ 각 검사 결과 음성인 경우 등교 가능

보호자 성명 (서 명)