

## 방 문 확 인 서

아래 학생은 코로나19 의심증상으로 2020년 ( )월 ( )일,  
본 선별진료소(병원, 보건소 등)에 방문하였음을 확인합니다.

선별진료소 방문 학생

0000학교 00학년 00반 성명:

발행일 :

기관 또는 의사명 : (서명)

※ 방문 확인서 양식은 선별진료소의 업무를 가중하지 않는 범위내에서 시도  
교육청 및 학교의 여건에 따라 변경·활용 가능함