

## 방 문 확 인 서

아래 학생은 코로나19 의심증상으로 2021년 ( )월 ( )일,  
본 선별진료소(병원, 보건소 등)에 방문하였음을 확인합니다.

선별진료소 방문 학생

고창남초등학교      학년   반      성명:

발행일 :

기관 또는 의사명 : (서명)