

신속항원검사 결과 보호자 확인서

학년 반 이름

	1차	2차	비고
날짜			
결과			

※ 학교 자체조사 결과 접촉자 중 고위험 기저질환 또는 유증상인 5일간 2회 이상
(2일 간격) 신속항원검사 실시

※ 각 검사 결과 음성인 경우 등교 가능

보호자 성명 (서 명)