

通 知 書 (新型コロナウイルス感染症用)

東金市立城西小学校

_____年 _____組 _____氏名_____

上記の者の疾患は治癒し、出席停止の期間（発症した後5日を経過し、かつ、症状が軽快した後1日を経過するまで）を過ぎましたので_____月_____日より登校させます。

記

1. 疾 患 名 _____新型コロナウイルス感染症_____
2. 発 症 し た 日 _____令和_____年_____月_____日_____
3. 診 断 を 受 け た 日 _____令和_____年_____月_____日_____
また
陽性が判明した日
4. 症 状 が 軽 快 し た 日 _____令和_____年_____月_____日_____
5. 受 診 医 療 機 関 名 _____

*医療機関を受診した場合のみ記載してください。医師の☑は必要ありません。

_____令和_____年_____月_____日_____

_____保護者氏名_____