

令和 年 月 日

(治癒後の登校日)

一宮市立千秋東小学校長様

感染症にかかる治癒報告書

以下のとおり、学校保健安全法および施行規則に定める感染症が治癒し、医師から登校許可が出ましたので、報告します。

____年____組　名前 _____

保護者名 _____

病名・診断名 新型コロナウイルス感染症
 インフルエンザ（ A ・ B ）← ○を付けてください。
 その他（具体的に： _____）

発症日 令和____年____月____日 （分からない場合は、医師にご相談ください。）

医師より療養が必要とされた期間 令和____年____月____日 ~ 令和____年____月____日
(出席停止期間になります)

受診日 令和____年____月____日 (医療機関名： _____)

※ 医療機関が発行する証明書等は必要ありません。

※ 必要事項を記入し、治癒後の登校日にお子さまに持たせて、担任までご提出ください。