

新型コロナウイルス感染症に関する登校申出書

栃木県立足利中央特別支援学校長様

児童生徒名 小学 中学 高等 部 年 氏名 _____

症状の発現	日時	月 日 () _____ : _____ 頃
	症状	当てはまる症状に○をつけてください。 発熱・頭痛・のどの痛み・嘔吐・その他 ()
医療機関受診	日時	月 日 () _____ : _____ 頃
	医療機関名	
	診断名	新型コロナウイルス感染症
	医師からの登校に関する指示事項 ・ _____ 月 _____ 日から登校可 ※主治医に確認し、必ず記入する ・ 発症した後5日を経過し、かつ症状が軽快した後1日を経過している はい ・ いいえ	
その他	家族内で陽性者になった人が _____ いる () ・ いない	
学校にお知らせしたいこと	欠席した期間 _____ 月 _____ 日 () ~ _____ 月 _____ 日 ()	

主治医から登校の許可が出たため、本日より登校いたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者氏名 _____ 印 _____