

栃木県立今市高等学校長 様

学校感染症に関する登校申出書

療養経過について

生徒名	年組番氏名		
症状の出現	日時	月 日 () : 頃	
	症状		
医療機関受診 医療機関を受診していない場合は、検査キットでの検査日時を記入してください。（医療機関名と指示事項は空欄）	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 ・インフルエンザ（ A型 B型 ） ・感染性胃腸炎 ・その他（ ）	
	医師からの指示事項（治療や登校について等）		
その他 学校への 連絡事項			
解熱した、 または症状が 軽快した日時	月 日 () : 頃		
出席停止期間	月 日 () ～ 月 日 ()		

医師からの指示事項に基づき、本日より登校を再開いたします。

令和 年 月 日

保護者等名