

新型コロナウイルス感染症に関する登校届

栃木県立佐野高等学校長・同附属中学校長 様

年 組 番

生徒名

○診断名（該当するものに○をつけてください）

新型コロナウイルス感染症 陽性 ・ 疑い

○発症日(症状が始まった日)

令和 年 月 日

○診断日/受診した医療機関名【 】

令和 年 月 日

○症状が回復した日

令和 年 月 日

○出席停止期間

令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

本日より登校させることといたします。

令和 年 月 日

保護者名 印

★出席停止期間 発症後5日（発症日を0日とする）を経過し、かつ、症状が軽快した後
1日を経過するまで

出席停止期間終了後、はじめて登校する際に担任まで提出してください。

本届は、保護者が記入するものです。医療機関から受けた指示のとおり記入してください。