

学校感染症に関する登校申し出書

療養経過について

生徒名	中学・全日制・定時制 年 組 番 氏名		
症状の出現	日時	月 日 () : 頃	
	症状		
医療機関受診 または 検査	日時	月 日 () : 頃	
	医療機関名		
	疾患名	・インフルエンザ（新型・A型・B型・疑い） ・新型コロナウイルス感染症 ・新型コロナウイルス濃厚接触者 ・感染性胃腸炎 ・その他 ()	
	医師からの指示事項		
出席停止期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
その他 (学校への 連絡事項等)			

上記の通り報告いたします。

令和 年 月 日

保護者名