

通 知 書

横芝光町立 学校

年 組 氏名 _____

上記の者の疾患は治癒し、出席停止の期間（発症日を0日目として5日間経過し、かつ症状が軽快した後24時間経過するまで）を過ぎましたので、
月 日より登校させます。

（*発症から10日を経過するまでは、マスクの着用を推奨します。）

記

- 1 疾 患 名 _____ 新型コロナウイルス感染症 _____
- 2 発 症 し た 日 _____ 令和 年 月 日 _____
- 3 診 断 を 受 け た 日 _____ 令和 年 月 日 _____
- 4 熱が下がった日 _____ 令和 年 月 日 _____
- 5 登校の目安について医師から指示があった場合のみ記入してください。

- 6 受診医療機関名 _____

* 医師の「印」は必要ありません。

令和 年 月 日 _____

保護者氏名 _____ 印