

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、かつ病状が軽快してから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。

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