R3.1.18～

新型コロナウイルス感染症についての報告書

年　　組　　番 氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

登校しなかった期間	令和　　年　　月　　日（　　）～　　月　　日（　　）
登校しなかった理由 該当するものに☑してください	「学校保健安全法第19条による出席停止」に該当 □感染が判明した □感染者の濃厚接触者に特定された □発熱等の風邪の症状がみられた □生徒の同居の家族に発熱等の風邪の症状がみられた 具体的な症状の経過等 （　　）
受診した医療機関 ※受診は必須ではありません	受　診　日：令和　　年　　月　　日（　　） 医療機関名： 住所： 診　断　名： 医師の指示：

上記について報告します。

令和　　年　　月　　日

保護者氏名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者の方が記入して、再登校の日に必ず担任へ提出してください