

学校長 様

インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症による出席停止報告書

年 組 名前

○ 月 日、 病院・診療所・クリニックを受診した結果、
(インフルエンザ ・ 新型コロナウイルス感染症) と診断されました。

↑ 診断された病名に○を付けてください↑

○ 出席停止の期間は、 (月 日～ 月 日まで) です。

※医師の指示のもと、イ ン フ ル エ ン ザ：発症後5日間かつ解熱後2日間

新型コロナウイルス感染症：発症後5日間かつ軽快後1日間

を経過しましたので登校いたします。

令和 年 月 日

保護者 署名

医師による証明は必要ありません。