

学校感染症罹患証明書（新型コロナウイルス）

_____組 _____名前_____

病名：_____

○発症日

_____年 _____月 _____日

○自宅療養期間（出席停止期間）

_____年 _____月 _____日 から _____年 _____月 _____日

_____年 _____月 _____日

医療機関名

医師氏名 _____ 印

保護者氏名 _____ 印