

新型コロナウイルス感染症（疑いも含む）についての連絡票

年 組 番 生徒氏名

1 登校しなかった期間：令和 年 月 日()～ 月 日()

2 受診した場合にかかった医療機関 *受診は必須ではありません

医療機関名

住所

医師による指示

3 登校しなかった期間中の様子（発熱などの経過）

上記について連絡します。

保護者署名
