

【保護者記入】

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**

受診年月日 令和 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日（ ）

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（発熱等の経過）

上記について連絡します。

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印