

〈保護者記入〉

新型コロナウイルス感染症治癒届

令和 年 月 日

千葉県立小見川高等学校長 様

_____ R 番

生徒氏名 _____

保護者氏名 _____

Ⓔ

医師の指示により療養し、他に感染のおそれがない状態となりましたので、
お届けします。

治療期間 令和 年 月 日 ～ 月 日まで

受診医療機関名 _____

*新型コロナウイルス感染症の出席停止期間は、発症した後5日を経過し、かつ症状が軽快した後1日を経過するまでです。

*受診の証明となるもの（領収証又は、投薬説明書等）のコピーを添付してください。