

新型コロナウイルス感染症に伴う登校許可証明書

第 学年 組 番

児童氏名

※該当する番号に○をつけてください

1、新型コロナウイルス感染症と診断された。

症状が出た日： _____ 年 月 日

診断された日： _____ 年 月 日

(検査機関名： _____)

_____ 年 月 日に症状がなくなり、_____ 年 月 日に療養解除となった。

(最低、発症日を0日として10日間は自宅療養)

2、同居の家族が新型コロナウイルス感染症にかかった。

感染対策を取り始めた日または感染者が発症した日 (どちらか遅い方を記入)

_____ 年 月 日

3、同居家族以外の陽性者との接触で児童本人が濃厚接触者と特定された。

最終接触日： _____ 年 月 日

自宅療養期間

年 月 日 () ~ 年 月 日 ()

年 月 日

保護者氏名

印

校長	教頭	養護	担任