

療養報告書

学校園長 様

年 組 名前

1. 感染症名： _____

2. 診断を受けた医療機関： _____

3. 診断日： 令和 年 月 日

4. 医師から指示があった療養期間： _____ 月 _____ 日～ _____ 月 _____ 日まで

※具体的な期間の指示がない場合は、登校の目安として示された内容の下記に記入してください。

--

上記4に記載した療養期間または登校の目安を満たしているので、_____ 月 _____ 日より登校を再開します。

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日 保護者署名 _____

※医師による証明は必要ありませんが、保護者の責任でご記入ください。

基準を満たしていれば登校は可能ですが、 体調が思わしくないときは無理をせずに自宅で療養してください。
