別紙３

羽村市立　　学校長　様

新型コロナウイルス感染症による再登校報告書

１　児童・生徒名　　年　　組　　名前

２　診断名　　新型コロナウイルス（ＣＯＶＩＤ－１９）感染症

３　陽性と判明した日　　年　　月　　日

４　受診医療機関名または保健所名

５　治癒の根拠　　※いずれかに〇をお願いします

（　　）担当医の判断による

（　　）担当保健所の判断による

６　出席停止期間　　年　月　日　～　　年　月　日

令和　　年　　月　　日

保護者名　　印