

湘南学園小学校 校長殿

_____年____月____日

_____年_____組・出席番号____番

児童氏名_____

保護者氏名_____

新型コロナウイルス感染症用 登校許可願い

* 以下の項目で必要なことを医師等に確認し、保護者がご記入ください。

* 再登校の初日の朝に、この「登校許可願い」を担任にご提出ください。

- ・主な症状 発熱 (38℃未満・38~40℃未満・40℃以上)
呼吸器症状 (咳・のどの痛み・鼻水・鼻づまり)
その他 _____
- ・医師から指導されたこと _____
- ・発症 (発熱、咳・咽頭痛・鼻水などの症状が出た日) した日 _____月____日
- ・新型コロナウイルス感染症と診断された日 _____月____日
- ・平熱になった日時 _____月____日 _____時頃
- ・出席停止の期間 (新型コロナウイルス感染症による早退・遅刻は出席停止になります。) _____月____日 ~ _____月____日
- ・登校を許可された日 _____月____日
- ・受診した医療機関名 _____
- // 所在地 _____
- // 医師氏名 _____