

## 新型コロナウイルス用

※保護者の方がご記入ください

※新型コロナウイルスに罹ったことを証明できるもの（医療機関の検査結果や薬の説明書など）を添付してください。コピー可

令和 年 月 日

琴丘高等学校長 様

## 新型コロナウイルス感染連絡票

年 組 番 名前

病名 : 新型コロナウイルス 陽性

医療機関名 : \_\_\_\_\_

出席停止期間 : 令和 年 月 日より 令和 年 月 日まで

新型コロナウイルス感染症により療養中のところ、予防上支障がないと認められましたので登校させます。

令和 年 月 日

保護者名 \_\_\_\_\_

### <参考>

出席停止の基準：発症後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  
☆発熱した日を「発症0日目」とし、翌日を「発症1日目」と数えます。