

罹患証明書

年 組 番 氏名 _____

インフルエンザ

新型コロナウイルス に罹患したため、以下の期間療養しました。

期間: _____年 _____月 _____日 から _____年 _____月 _____日

【インフルエンザの療養基準】

- ・「発症した後5日を経過し、かつ解熱した後2日を経過するまで」(発症日を0日とする)

【新型コロナウイルスの療養基準】

- ・「発症後 5 日間経過し、かつ症状が軽快した後1日経過するまで」(発症日を0日とする)

記入日 _____年 _____月 _____日

保護者氏名 _____

* 裏面に証明できるもの(例:調剤説明書のコピー等)を添付してください。

確 認	教頭・主幹	教務主任	保健主任	学年主任 (仰特主任)	担 任

→養護教諭へ