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を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。