

保護者様

療養期間または観察期間が終了して登校する際は、下記にご記入いただき、持参してください。担任へ提出をお願いします。

## 新型コロナウイルス感染症による療養期間連絡票（保護者記入）

年 組 番 氏名 \_\_\_\_\_

該当する方に○印をご記入ください。

	新型コロナウイルス感染症に感染したため、療養しました。 療養期間（令和 年 月 日 ～ 月 日まで）
	新型コロナウイルス感染症の濃厚接触者に該当し、経過観察しました。 観察期間（令和 年 月 日 ～ 月 日まで）

検査日	令和 年 月 日
検査方法 該当するものに○印、 または記入してください。	( ) PCR検査 ( ) 抗原検査 ( ) その他 ( )
結果判明日	令和 年 月 日
受診した医療機関	
指示等	

療養期間または観察期間が終了し、体調も良好のため本日から登校します。

令和 年 月 日

保護者氏名（自署） \_\_\_\_\_