

「インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症のみの罹患報告書」

・・・保護者の方がご記入ください。

インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症罹患報告書

甲賀市立小原小学校 _____ 年 組 名前 _____

* 疾病名 インフルエンザ _____ 型 ・ 新型コロナウイルス感染症
※どちらかに○印をおつけください。

* 発症日 _____ 年 月 日 ()

* 出席停止期間
_____ 年 月 日 () ~ _____ 年 月 日 () までの 日間

* 受診日 _____ 年 月 日 ()

* 受診医療機関名

上記の通り報告します。 _____ 年 月 日

保護者名 _____

キ リ ト リ セ ン

インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症以外の「罹患証明書」

・・・医療機関に提出し記入してもらってください。

罹 患 証 明 書

甲賀市立小原小学校 _____ 年 組 名前 _____

* 疾病名 ()

* 出席停止期間
_____ 年 月 日 () ~ _____ 年 月 日 () までの 日間

上記の通り証明します。

_____ 年 月 日

医療機関名

医師氏名 _____