

新型コロナウイルス感染症罹患証明書

自修館中等教育学校

年 組

生徒氏名

上記の者は新型コロナウイルス感染症陽性であることを証明します

1	症状が出始めた日	月 日 () AM・PM
2	診察日(病院に行った日)	月 日 ()
3	診断日(コロナウイルス感染症と診断)	月 日 ()
4	備考	

証明日 年 月 日

医療機関名

医師名

*5～9の項目は保護者の方が記入してください

5	症状が出始めた日	月 日 () AM・PM
6	熱が下がった日(36度台)	月 日 ()
7	発症後5日かつ解熱後2日	月 日 ()
8	登校してきた日(7の翌日)	月 日 ()
9	備考	

*1～4の項目を医療機関で記入してもらえなかった場合は、コロナウイルス感染症に罹患したことがわかる書類(診療明細書や調剤明細書や薬の説明書等、または検査キットで陽性の写真のコピー)を裏面に貼ってください

保護者氏名

印