

新 型 コ ロ ナ ウ イ ル ス 感 染 症 登 校 申 出 書

学校名：栃木市立大平南中学校

児童・生徒氏名	年 組 番
---------	-------

症状の発現	日 時	月 日 () : 頃
	症 状	
医療機関の 受 診 内 容	日 時	月 日 () : 頃
	医療機関名	
	診断名	
	医師からの指示事項	
そ の 他	(学校に伝えたいこと)	

上記のとおり、本日より登校をさせることといたします。

年 月 日

保護者名
(本人自署の場合は押印不要)

㊞