

令和 年 月 日

完 治 届（インフルエンザ以外）

学 校 長 殿

_____ 年 _____ 組

生 徒 氏 名 _____

病 名 _____

医療機関名 _____

《欠席・治療を要した期間》

自 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

至 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

下記の該当するどちらかに、○をつけてください。

- 1 医師から、病気が完治したと診断されたことを届けます。
- 2 新型コロナウイルス感染症において、発症から5日間が経過し、かつ症状が軽快した後1日を経過するまで療養したことを届けます。（発症日を0日とする）

<注意事項> 運動制限等必要がある場合は、記入してください。

保護者名 _____