**保護者が記入してください。**

学校長様

**登校再開届**

　　　年　　組　児童・生徒氏名

保護者氏名

保護者連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| **病名** |  |
| **発症日** | 令和　　　　年　　　月　　　日 |
| **解熱または軽快日** | 令和　　　　年　　　月　　　日 |
| **受診した医療機関名** |  |
| **受診日** | 令和　　　　年　　　月　　　日 |

上記の疾病について、治癒し感染のおそれがないので、 **令和　　年　　　月　　　日**から登校させます。

**＊いずれの感染症も、医師から療養期間等の具体的な指示がある場合には、医師の指示が優先されます。**

**＊症状や配慮事項等を確認するために、学校から医療機関に連絡をする場合があります。**