

令和 年 月 日

大垣日本大学高等学校長 様

年 組 番

生徒氏名

保護者氏名

印

## 新型コロナウイルス感染症の罹患報告書

このことについて、下記のとおり新型コロナウイルスに罹患しましたので、報告します。

## 記

医師に診断された日	令和 年 月 日 曜日
診 断 名	新型コロナウイルス感染症
医療機関名	
療養期間	年 月 日 曜日から 年 月 日 曜日まで

## ※注意事項

・受診を証明できるもの（調剤説明書等、患者名、日付、薬剤名、医療機関名等が記入されたもののコピー）を添付して下さい。登校につきましては、医師の指示に従って下さい。

【備考】 5月8日以降は感染症5類対応になります。

・新型コロナウイルス感染症による出席停止期間は、「発症した後5日間」が基準となります。

## 【例：新型コロナウイルスの場合】

5月8日 (0日)	5月9日	5月10日	5月11日	5月12日	5月13日
発症	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目