「インフルエンザ」「新型コロナウイルス感染症」の場合は
この報告書の提出は求めない。

知多市教育委員会
知多市福祉事務所

感染症診断結果の報告

小中学校名　知多市立　　学校　　年　　組

幼稚園、保育園名　知多市立　　園　　組

氏　名 ＿＿＿＿＿＿

病　　名 ＿＿＿＿＿＿
（　　月　　日　～　　月　　日）

月　　日より、登校・登園が可能と認めます。

年　　月　　日

医 師 名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

＜保護者の方へ＞
＊　医療機関で証明を受け、学校（園）へ提出してください。
＊　この報告書は、知多市医師会の御協力で市内医療機関では文書料は免除されますが、市外の医療機関では有料となる場合がありますので御承知おきください。
＊　上記の病名は、疑いあるいは経過を見る必要がある場合も含みます。

知多市教育委員会
知多市福祉事務所

感染症診断結果の報告

小中学校名　知多市立　　学校　　年　　組

幼稚園、保育園名　知多市立　**△　△保育**　園　**○**　　組

氏　名 **知 多　花 子**

病　　名 **水痘**
（**7**月**5**日　～**7**月**12**日）
※感染治療に要した期間を記入してください。
7月**１３**日より、登校・登園が可能と認めます。

令和○年**○○**月**○○**日
みどりクリニック
医 師 名 **緑　一郎**　㊞

＜保護者の方へ＞
＊　医療機関で証明を受け、学校（園）へ提出してください。
＊　この報告書は、知多市医師会の御協力で市内医療機関では文書料は免除されますが、市外の医療機関では有料となる場合がありますので御承知おきください。
＊　上記の病名は、疑いあるいは経過を見る必要がある場合も含みます。