様式３－３

報　　告　　書

山武市立蓮沼小学校長　様

下記の治療期間を経過しましたので登校いたします。

記

１　疾 患 名　　新型コロナウイルス感染症

（医師による診断もしくは抗原検査キット等による陽性の確認）

２　治療期間　　令和　　年　　月　　日から

令和　　年　　月　　日

令和　　年　　月　　日

年　　組　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿