

報 告 書

山武市立大平小学校長 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
