

# 治癒報告書

長野清泉女学院中学・高等学校長 様

中学・高校 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 組 \_\_\_\_\_ 番

生徒氏名 \_\_\_\_\_

上記の者の下記疾患は、治癒しておりほかに感染の恐れはないことを報告します。

記

疾患名	新型コロナウイルス
発症日（咳・鼻水・発熱などの症状が出た日）	年 月 日
受信した医療機関名	
医療機関受診日	年 月 日
医師（保健所）より療養が必要とされた期間	年 月 日まで

西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

以上