

連名式罹患者名簿

印字済です

傷病名	新型コロナウイルス感染症
特記事項	

代表者も含め、全員分記

学年	氏名	年齢	休暇・欠席期間 (土日含む)	医療機関名 (入院先)
1	厚生 太郎	7	○年○月○日～○年○月○日 (入院日数 ○日)	厚生クリニック
2	厚生 花子	8	○年○月○日～○年○月○日 (入院日数 ○日)	〃
2	南部 次郎	8	○年○月○日～○年○月○日 (入院日数 ○日)	絆病院
5	南部 三郎	11	○年○月○日～○年○月○日 (入院日数 ○日)	〃
			1日でも医療機関へ入院した場合は、 自宅療養も含む	
			年 月 日～年 月 日 (入院日数 日)	
			年 月 日～年 月 日 (入院日数 日)	
			年 月 日～年 月 日 (入院日数 日)	
			年 月 日～年 月 日 (入院日数 日)	
			年 月 日～年 月 日 (入院日数 日)	
			年 月 日～年 月 日 (入院日数 日)	
			年 月 日～年 月 日 (入院日数 日)	
			年 月 日～年 月 日 (入院日数 日)	
			年 月 日～年 月 日 (入院日数 日)	
			年 月 日～年 月 日 (入院日数 日)	
			年 月 日～年 月 日 (入院日数 日)	

(個人情報の取扱いについて)
記載された個人情報は、業務遂行上必要な範囲内で利用します。

※教職員の場合は一名ごとに見舞金申請書を作成してください。

上記のとおり相違ないことを証明します。

○年 ○月 ○日

縄文小 学校

厚生 一郎

地方委員

印

一般財団法人 青森県教育厚生会理事長 様