

主治医 殿

学校感染症治癒証明書記入について（依頼）

本学学生より「学校保健安全法第 19 条」で定めるところによる学校感染症の届出があり、出席停止の措置を行いました。

お手数ですが、本疾患が軽快し感染のおそれなくなったこと、また今回の出席停止期間について、下記証明書にご記入くださいますようお願い申し上げます。

帝京短期大学 学務室
東京都渋谷区本町 6-31-1
TEL 03-3377-9202

「学校における感染症」治癒証明書

1. 氏名 : _____

上記の学生は、下記の感染症が軽快し、感染予防上登校しても支障がないことを証明します。

2. 疾患名（該当欄にレ点を付けてください）

疾 患 名	
<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 百日咳
<input type="checkbox"/> 麻疹	<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱
<input type="checkbox"/> 風疹	<input type="checkbox"/> 結核
<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎	()

3. 出席停止期間

上記疾患により、下記の期間の出席停止が妥当であったことを証明します。

_____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日

_____年 _____月 _____日

医療機関名

住所

電話番号

医師名 _____ 印