

主治医殿

貞静学園短期大学

学校感染症罹患学生の治癒証明書記入のご依頼

学校保健安全法施行規則において感染症に罹患しました学生について、下記の証明書にご記入くださいますようお願い申し上げます。

感染症治癒証明書

学籍番号

氏名

下記の疾患が治癒したので登校してよいことを証明します。

- |                                          |                                    |
|------------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> インフルエンザ（ ）型     | <input type="checkbox"/> 結核        |
| <input type="checkbox"/> 麻疹（はしか）         | <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎    |
| <input type="checkbox"/> 風疹（三日はしか）       | <input type="checkbox"/> マイコプラズマ肺炎 |
| <input type="checkbox"/> 水痘（水ぼうそう）       | <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症    |
| <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） | <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎   |
| <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱（プール熱）     | <input type="checkbox"/> 百日咳       |
| <input type="checkbox"/> その他（ ）          |                                    |

初診日	20	年	月	日					
登校停止期間	20	年	月	日	～	20	年	月	日
登校許可	20	年	月	日から					

年 月 日

医療機関名

医師名

印