

担当医 殿

女子栄養大学短期大学部  
香川調理製菓専門学校  
駒込キャンパス 保健センター  
03-3576-3221(直通)

### 学校感染症に関する証明書記入のご依頼

本学学生・生徒について、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。

### 学校感染症治癒証明書

以下の通り、学校保健安全法に定められた学校感染症に罹患しましたが、他への感染の恐れがないことを証明します。

(1)氏名 \_\_\_\_\_

(2)初診日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(3)診断日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(4)疾患名 (当てはまるものにチェックをお願いいたします)

<input type="checkbox"/>	百日咳	<input type="checkbox"/>	麻疹(はしか)
<input type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	<input type="checkbox"/>	風疹(三日はしか)
<input type="checkbox"/>	水痘(みずぼうそう)	<input type="checkbox"/>	咽頭結膜熱
<input type="checkbox"/>	結核	<input type="checkbox"/>	感染性胃腸炎
<input type="checkbox"/>	その他の疾患( _____ )		

(5)出席停止期間

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

発行日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
医療機関名 \_\_\_\_\_  
所在地 \_\_\_\_\_  
医師名 \_\_\_\_\_ 印

《学生・生徒 記入欄》

短大\_\_年・マイスター科\_\_年・調理師科・製菓科

学籍番号 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

保健センター確認印

--