

担当医 様

女子栄養大学 保健センター  
049-282-3247(直通)

### 学校感染症に関する証明書記入のご依頼

本学学生が大変お世話になっております。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 該当する疾患にチェックをお願い致します。

|  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 百日咳             | <input type="checkbox"/> 麻しん（はしか） |
| <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） | <input type="checkbox"/> 風しん      |
| <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 [ _____ ]   |                                   |

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

《学生記入欄》

学籍番号と氏名を記入し、保健センターへ提出してください。

保健センター確認印のない証明書は無効です。

学籍番号 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

保健センター確認印