

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。

罹患証明書（医療機関記入用）

以下の通り、学校感染症に罹患し、療養したことを証明します。

1. 氏名 \_\_\_\_\_

2. 初診日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

3. 診断日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

4. 診断名 \_\_\_\_\_

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。
- ・この書類だけでは学内の証明としては使用できません。
- ・この証明書は、インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症用の書式です。他の学校感染症は別の書式があります。

学籍番号 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_