

担当医 様

日本栄養大学 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

--