

担当医殿

日本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

--