

主治医 殿

埼玉東萌短期大学

学校感染症罹患学生の治癒証明書記入について（依頼）

学校保健安全法施行規則に定められた「学校感染症」に罹患しました本学学生について、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。

(問い合わせ先) 埼玉東萌短期大学 事務室

TEL 048-987-2345

学校感染症治癒証明書

埼玉東萌短期大学

学籍番号： _____ 氏名： _____

疾患名（該当する疾患に○印をつけてください）

疾患名	麻疹(はしか) ・ 風疹(三日ばしか) ・ 水痘(水ぼうそう) 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) ・ 百日咳 ・ 咽頭結膜炎 ・ 結核 ・ 髄膜炎菌性髄膜炎
	その他 (_____)

出席停止期間

_____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日

上記の者は、上記の疾患で加療していましたが、現在軽快し、他への感染のおそれはないと思われるので、_____年 _____月 _____日から登校しても支障がないことを証明します。

_____年 _____月 _____日

住 所：

医療機関名：

医 師 名： _____ ㊞