

ご担当医 殿

愛知学泉大学 学長 寺部 暁
愛知学泉短期大学 学長 安藤 正人

「学校感染症」治癒証明書記入について（依頼）

この度、本学学生より学校保健安全法第 19 条で定める「学校感染症」罹患の連絡がありました。つきましては、ご多忙のところお手数ですが、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。

治 癒 証 明 書

下記の学生を、学校保健安全法第 19 条で定める学校感染症と診断しました。
また、下記の者は治癒したと認められたので、登校しても支障がないことを証明します。

大学名	
学科・専攻	
学籍番号	
氏 名	

※上記 4 項目は学生自身で記入のこと

出校停止期間	(西暦) 年 月 日～(西暦) 年 月 日
--------	-----------------------

※該当する□に レ 印を付してください。

感 染 症 名	
<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 水痘（みずぼうそう）
<input type="checkbox"/> 麻疹（はしか）	<input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎
<input type="checkbox"/> 風疹	<input type="checkbox"/> その他（ ）

初 診 日	(西暦) 年 月 日 ()
-------	----------------

- 上記疾患が治癒したので、(西暦) 年 月 日 () から登校可能と認めます。
- 上記疾患でなく、(疾患名：) であり
当該疾患は治癒したので、(西暦) 年 月 日 () から登校可能と認めます。

(西暦) 年 月 日

医療機関名：

医師氏名： 印