

大学 短大学長 殿

提出日： 年 月 日

学 校 感 染 症 報 告 書

私は、下記の医療機関の診察で学校感染症と診断されましたので、
報告いたします。

専攻・学科名： _____

学籍番号： _____

学生氏名： _____

○ 出校停止期間： 年 月 日 () ~ 年 月 日 ()

○ 疾患名（下記の疾患の該当欄に印を付けて下さい）

| | |
|--|--------------|
| | インフルエンザ () |
| | 麻疹 |
| | 風疹 |
| | 水痘 |
| | その他学校伝染病 () |

○ 医療機関の領収書または治癒証明書

(必ず、コピーをして添付)