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	インフルエンザ(　　型) ・ 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ますので、＿＿＿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：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　㊞