

学校感染症治癒証明書記入について(ご依頼)

学校保健安全法に定められた「学校感染症」に罹患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。

日本大学芸術学部保健室 TEL 03(5995)8281

学校感染症治癒証明書

1 学生氏名・学科等 (この欄のみ本人が記入してください)

| | | | |
|-------|-------|------|---|
| 学生氏名 | | 学生番号 | |
| 学科・専攻 | 学科・専攻 | 学 年 | 年 |

上記の学生は、下記の感染症が治癒し登校に支障がないことを証明します。

| 疾 患 名 | |
|---------------|---------|
| インフルエンザ () 型 | 百日咳 |
| 麻疹 | 咽頭結膜熱 |
| 風疹 | 結核 |
| 水痘 | 流行性角結膜炎 |
| 流行性耳下腺炎 | その他 () |

※該当する疾患に○をつけてください

2 感染拡大防止のため自宅療養が妥当と認めた期間

年 月 日 ~ 年 月 日

登校許可 年 月 日から

年 月 日

医療機関名・住所等 (ゴム印でお願いいたします)

| |
|--------|
| 保健室確認印 |
|--------|

医師名 _____ 印

※この情報は、教務課、学生課 (保健室含む)、所属学科以外には開示しません。ただし法令に基づく場合や、本人の生命/身体/財産を保護するために必要がある場合などで、本人の同意を得ることが困難であるときは第三者に開示することがあります。

学校感染症治癒証明書記入について(ご依頼)

学校保健安全法に定められた「学校感染症」に罹患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。

日本大学芸術学部保健室 TEL 03(5995)8281

学校感染症治癒証明書

1 学生氏名・学科等 (この欄のみ本人が記入してください)

| | | | |
|-------|-------|------|---|
| 学生氏名 | | 学生番号 | |
| 学科・専攻 | 学科・専攻 | 学 年 | 年 |

上記の学生は、下記の感染症が治癒し登校に支障がないことを証明します。

| 疾 患 名 | |
|---------------|---------|
| インフルエンザ () 型 | 百日咳 |
| 麻疹 | 咽頭結膜熱 |
| 風疹 | 結核 |
| 水痘 | 流行性角結膜炎 |
| 流行性耳下腺炎 | その他 () |

※該当する疾患に○をつけてください

2 感染拡大防止のため自宅療養が妥当と認めた期間

年 月 日 ~ 年 月 日

登校許可 年 月 日から

年 月 日 ゴム印必須

医療機関名・住所等 (ゴム印でお願いいたします)

欄追加

保健室確認印

医師名 _____ 印

※この情報は、教務課、学生課(保健室含む)、所属学科以外には開示しません。ただし法令に基づく場合や、本人の生命/身体/財産を保護するために必要がある場合などで、本人の同意を得ることが困難であるときは第三者に開示することがあります。