

感染症治癒証明書の記入について（ご依頼）

学校保健安全法に定められた学校感染症罹患の本学学生につきまして、診断内容等を以下にご記入いただきますようお願い申し上げます。

【問い合わせ先】長崎女子短期大学 教務課 TEL. 095-826-5344（代）

感染症治癒証明書

本人記入欄	学籍番号
	氏 名

上記学生は、下記疾病により _____年____月____日から_____年____月____日まで療養中でしたが、感染の恐れがないものと認め、登学しても支障がないことを証明します。

疾病名（該当欄に○印をつけてください）

<input type="checkbox"/>	インフルエンザ	<input type="checkbox"/>	コレラ
<input type="checkbox"/>	百日咳	<input type="checkbox"/>	細菌性赤痢
<input type="checkbox"/>	麻疹（はしか）	<input type="checkbox"/>	腸管出血性大腸菌感染症（O-157 他）
<input type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	<input type="checkbox"/>	腸チフス
<input type="checkbox"/>	風疹（三日はしか）	<input type="checkbox"/>	パラチフス
<input type="checkbox"/>	水痘（水ぼうそう）	<input type="checkbox"/>	流行性角結膜炎
<input type="checkbox"/>	咽頭結膜熱	<input type="checkbox"/>	急性出血性結膜炎
<input type="checkbox"/>	結核	<input type="checkbox"/>	その他感染症（流行性嘔吐下痢症、溶連菌感染症、 マイコプラズマ肺炎、手足口病、EBウイルス感染症等） ()
<input type="checkbox"/>	髄膜炎菌性髄膜炎		

年 月 日

医療機関名・所在地

医 師 _____ 印

※学生は公欠届にこの証明書を添えて教務課に提出してください。