

感染症治癒証明書

(該当する□にレ印を付してください。)

| | |
|---------|---|
| 大 学 名 | 育 英 短 期 大 学 |
| 学 科 | <input type="checkbox"/> 保育学科 <input type="checkbox"/> 現代コミュニケーション学科 |
| 学 籍 番 号 | |
| 氏 名 | |

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

| 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"/> 咽頭結膜熱 |
| <input type="checkbox"/> 百日咳 | <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 |
| <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 | <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎 |
| <input type="checkbox"/> 風疹 | <input type="checkbox"/> その他 () |

| | |
|-------|----------|
| 初 診 日 | 平成 年 月 日 |
|-------|----------|

上記疾患が治癒したので、平成 年 月 日から登校可能と認めます。

上記疾患でなく、(疾病名：) であり)

当該疾患は治癒したので、平成 年 月 日から登校可能と認めます。

平成 年 月 日

医療機関名

医師名

印