

感染症治癒証明書

(該当する□にレ印を付してください。)

育英大学	<input type="checkbox"/> 児童教育専攻	<input type="checkbox"/> スポーツ教育専攻
育英短期大学	<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	令和 年 月 日() ~ 令和 年 月 日()
--------	---------------------------

感染症名	
<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 水疱(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	令和 年 月 日
-----	----------

- 上記疾患が治癒したので、令和 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、令和 年 月 日から登校可能と認めます。

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

印