

# 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	<input type="checkbox"/> 英語教育専攻
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 ( ) 型	<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