主治医　殿

淑徳大学看護栄養学部

登校許可証明書記入のご依頼

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及び教職員について、診断名及び今回の登校停止が必要であると考えられる期間を、下記にご記入いただきますようお願い申し上げます。

【お問い合わせ先】淑徳大学看護栄養学部事務室　℡.043-305-1881

登校許可証明書

本人 記入欄	学　籍　番　号	
	氏　　名	

治療中の下記の疾病について、登校に支障（他者への感染のおそれ等）がないことを証明します。

疾病名（下記疾病名の該当欄に〇印をつけて下さい）

	百日咳		水痘（水ぼうそう）
	麻疹（はしか）		腸管出血性大腸菌感染症
	流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）		感染性胃腸炎
	流行性角結膜炎		その他 （　　）
	風疹（三日ばしか）		

初　　診　　年　　月　　日（　　）

登校禁止(見込み)期間　　年　　月　　日(　　) ～　　年　　月　　日(　　)

年　　月　　日

医療機関名・住所：

TEL：

医師自署：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

※この証明書は事務室に提出してください。