

担当医様

日向看護高等専修学校

感染症治癒・登校許可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いて、診断内容等を下記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：日向看護高等専修学校 0982-52-2649

感染症治癒・登校許可証明書

日向看護高等専修学校

氏名 _____ 生年月日：(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日生

上記学生は、下記の疾病が治癒し、感染のおそれがないので、登校および病院実習を行っても支障ないことを証明します。

感染症名（該当欄に○印をつけてください）

病 名	
新型コロナウイルス	インフルエンザ
麻疹	咽頭結膜熱
風疹	流行性角結膜炎
流行性耳下腺炎	急性出血性結膜炎
水痘	感染性胃腸炎
その他（ _____ ）	

初診日：20 _____ 年 _____ 月 _____ 日
出席停止期間：20 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日
登校許可日：20 _____ 年 _____ 月 _____ 日 から

20 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名・住所 _____

医師名 _____