

学校感染症罹患学生の「登校許可書」記入について（ご依頼）

学校保健安全法施行規則に定められた「学校感染症」に罹患した本学学生について、下記証明書にご記入くださるようお願い申し上げます。

【本件問合せ先】

保健管理センター TEL : 050-5525-2456

登 校 許 可 書

※学生記入

| | | | | | | | |
|--------|--|------|--|--|--|-------|--|
| 学生氏名 | | 学籍番号 | | | | | |
| 学部・研究科 | | | | | | 学科・専攻 | |

| | | | |
|--------|----------|-------------------------|----------|
| 出席停止期間 | 平成 年 月 日 | ～ | 平成 年 月 日 |
| 追試験の有無 | 有 ・ 無 | ※有の場合は、「追試験願」を別途提出すること。 | |

※以下、主治医記入

| | 感染症名 | | 感染症名 |
|--|-----------------|--|------------|
| | インフルエンザ | | 水痘（みずぼうそう） |
| | 百日咳 | | 咽頭結膜熱 |
| | 麻疹（はしか） | | 結核 |
| | 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） | | 侵襲性髄膜炎菌感染症 |
| | 風疹 | | その他（ ） |

上記の者が罹患した疾患について、登校可能と証明します。

| | |
|-----|-------------|
| 初診日 | 平成 年 月 日（ ） |
|-----|-------------|

1. 上記学生について、平成 年 月 日から登校可能と認めます。
2. 上記疾患ではなく（病名： ）であり、他者に感染させる恐れがないので、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)

（教務係記入欄）

| | |
|-----------------|----------------|
| 受付日：平成 年 月 日（ ） | 受付者： _____ (印) |
|-----------------|----------------|