

主治医 殿

一般社団法人 浜松市歯科医師会
浜松歯科衛生士専門学校長

感染症登校許可証明書記入について（ご依頼）

本学学生より、「学校保健安全法」で定めるところによる「学校において予防すべき感染症」罹患について届け出がありました。

お手数ですが、本疾患について感染のおそれがなくなったこと、また出席停止期間について、下記証明書にご記入いただきますようお願い申し上げます。

【問合せ先】浜松歯科衛生士専門学校 教務主任 伊奈 053-454-1030

感 染 症 登 校 許 可 証 明 書

学籍番号 _____ 氏名 _____ 生年月日 _____

上記の学生は、罹患した下記の感染症について、登校可能なことを証明します。

疾患名	
麻疹	百日咳
風疹	流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）
咽頭結膜熱（プール熱）	水痘（みずぼうそう）
髄膜炎菌性髄膜炎	結核
その他（ _____ ）	

※該当する疾患に○印をご記入ください。

出席停止期間

上記の疾患により、 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日の出席停止が妥当であることを証明します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 _____

医師名 _____ (印)

校長	副校長	教務主任	教務副主任	担任	担任	学生保険担当