玉野総合医療専門学校提出用

感 染 症 治 癒 証 明 書

下記の学生は、学校保健安全法の感染症に指定されているインフルエンザおよびノロウイルスに診断されていましたが、治癒しましたのでここに証明します。既に、感染の恐れはありませんので通学に関して差し支えありません。

記

□ 氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 様

＊ 感 染 症

インフルエンザ　（　　）型が分かる場合にはお書きください。

ノロウイルス

＊ 治療期間：　平成　　年　　月　　日 ～ 平成　　年　　月　　日

＊ 配慮事項（必要な場合のみお書きください）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

以　上

※ 1．医療機関に上記＊部分を記載していただき、証明書は各学科に提出してください。

※ 2．学生は下欄も含めて□欄に記入してください。

※ 3．治癒証明書による情報は、学内で利用するのみで、生命や財産がおびやかされる緊急事態を除き、個人情報として保護され、原則として第三者には開示しません。

---------- 以下　玉野総合医療専門学校　記入欄 ----------

□ 学籍番号

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□ 氏　　名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□ 学生連絡先電話番号

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

校　長	副校長	学科長	健康管理担当教員	学　科担当教員