

年 月 日

ご担当医 様

学校法人みえ大橋学園
専門学校ユマニテク医療福祉大学校
学校長

学校感染症の証明について（依頼）

平素より学校教育にご理解ご支援を賜っておりますことに感謝申し上げます。

下記学生より学校感染症に罹患したとの連絡を受けました。学校感染症は、保健安全法および施行規則により出席停止の処置が定められています。感染予防の徹底を期したいと思いますので、ご面倒をおかけいたしますが、集団生活の中での感染のおそれがなくなりましたら、以下にご記入いただき、当該学生に持たせてくださいますようお願いいたします。

記

学校法人みえ大橋学園
専門学校ユマニテク医療福祉大学校

名前(学生) _____

上記の学生は、下記の診断により加療中のところ、感染のおそれがない状態まで治癒したため、登校しても差し支えありません。

診断名 インフルエンザ 麻疹 水痘 流行性耳下腺炎
咽頭結膜炎 その他（ ）

加療期間 年 月 日 ～ 年 月 日

年 月 日

医療機関名 _____

医師名 _____