

感染症証明書

氏名	
生年月日	年 月 日
学校保健安全法に定める感染症(下記記載)に罹患したため、以下の期間の自宅療養を指示します。 ①インフルエンザ(鳥インフルエンザ(H5N1)を除く)、②百日咳、③麻疹、④流行性耳下腺炎、⑤風しん、⑥水痘、⑦新型コロナウイルス感染症、⑧咽頭結膜熱、⑨結核、⑩その他()	
初診	年 月 日
自宅療養期間	年 月 日 ~ 年 月 日

年 月 日

医療機関名 _____

医師名 _____ 印

年 月 日

教務部長 殿

上記のとおり、報告します。

学籍番号 _____

氏名 _____

(札幌学院大学様式)

※感染症を証明する書類があればこの様式によらなくてもよい。