主治医 殿

関東学院大学

感染症罹患および治癒証明書記入のご依頼

学校保健安全法の定めにより、学校で予防すべき感染症に罹患（疑いを含む）した本学学生について、疾患名及び登校禁止の措置が必要であったと考えられる期間を、下記にご記入いただきますようお願い申し上げます。

感染症罹患および治癒証明書

〔この欄は学生本人が記入してください〕

学部	学科／コース	年次
学籍番号	氏名	

上記の学生は、下記の疾患が治癒し、登校しても支障がないことを証明します。

〔該当欄に○印を付けてください〕

	疾患名		疾患名
	インフルエンザ		コレラ
	百日咳		細菌性赤痢
	麻疹（はしか）		腸管出血性大腸菌感染症
	流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）		腸チフス
	風疹（三日ばしか）		パラチフス
	水痘（水ぼうそう）		流行性角結膜炎
	咽頭結膜熱		急性出血性結膜炎
	結核		その他（　　）

初　診　　年　　月　　日

登校禁止期間　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日

年　　月　　日

医療機関名：

住　所　：

電話番号：

医師名　：　　印

※この証明書は、各キャンパス教務課に提出してください。【この証明書の内容は、教務部・学生生活部・授業担当教員以外には開示しません。ただし、学内集団感染において緊急を要する場合、法令に基づく場合や本人の身体などを保護するために必要であると判断され、本人の同意を得ることが困難な場合は、例外的に第三者（行政など）に開示する場合があります。】