

学校伝染病治癒証明書

学校名：群馬県高等歯科衛生士学院

学籍番号：_____

氏名：_____

生年月日：_____年_____月_____日生

上記の学生を学校伝染病と診断しました。本疾患が軽快し、伝染病予防上登校しても支障ないことを証明します。

1 疾患名（下記疾患の該当欄にレ印をつけてください。）

<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> 麻疹
<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎	<input type="checkbox"/> 風疹	<input type="checkbox"/> 水痘
<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱	<input type="checkbox"/> 結核	<input type="checkbox"/> 腸管出血性大腸菌感染症
<input type="checkbox"/> 流行性結膜炎	<input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症

2 出席停止期間

上記の疾病により、_____年_____月_____日～_____年_____月_____日の出席停止が妥当であったことを証明します。

_____年_____月_____日

医療機関名・住所

医師名 _____ 印