

平成 年 月 日

主治医 殿

女子栄養大学
保健センター所長 荒木 英爾

学校感染症治癒証明書記入について（ご依頼）

この度、貴院においてご高診いただきました本学学生から _____ の
ご診断を受けたとの届け出があり、学校保健安全法第19条の規定により出席停止の措置
を行いました。そこで、まことにお手数ですが、本疾患が治癒し感染のおそれがなくなっ
たこと、さらに今回の出席停止期間につきまして、下記証明書にご記入下さいますように
お願い申し上げます。

学校感染症治癒証明書

1. 氏名 _____ 2. 学籍番号 _____

上記の学生を学校感染症と診断しましたので報告します。
また、本疾患が治癒し、学校保健安全法の基準に達したので登校しても支障な
いことを証明します。

3. 疾患名 _____

4. 出席停止期間

上記の疾患により、平成 年 月 日から平成 年 月 日までの出席
停止が妥当であったことを証明します。

平成 年 月 日

医療機関名・所在地

医師名 _____ 印