

ご担当医様

大阪大谷大学

登学許可書記入のお願い

学校保健安全法により、学校感染症に罹患した場合、医師の登学許可があるまで出席停止となります。

恐れ入りますが、診断名及び出席停止期間について、下記証明書にご記入くださいますようお願い申し上げます。

登学許可書（治癒証明書）

*本人記入欄

学籍番号	学生氏名
------	------

上記の学生は、感染予防上登学しても支障がないことを証明します。

*該当する疾患名に○印を記入してください。

<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルス感染症	<input type="checkbox"/>	結核
<input type="checkbox"/>	インフルエンザ（ ）型	<input type="checkbox"/>	腸管出血性大腸菌感染症
<input type="checkbox"/>	麻疹	<input type="checkbox"/>	流行性角結膜炎
<input type="checkbox"/>	風疹	<input type="checkbox"/>	急性出血性結膜炎
<input type="checkbox"/>	水痘	<input type="checkbox"/>	コレラ
<input type="checkbox"/>	百日咳	<input type="checkbox"/>	細菌性赤痢
<input type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎	<input type="checkbox"/>	腸チフス
<input type="checkbox"/>	咽頭結膜熱	<input type="checkbox"/>	パラチフス
<input type="checkbox"/>	※その他（ ）		

初診日（西暦） 年 月 日

出席停止期間（西暦） 年 月 日～ 年 月 日

登学許可日（西暦） 年 月 日

年 月 日

医療機関名

住所

医師名

印