

主治医殿

多摩大学
グローバルスタディーズ学部
学校医 村田 尚彦

罹患・治癒証明書

「学校において予防すべき感染症」に罹患した本学学生について、診断名及び出席停止が必要であった期間をご記入いただけますようお願い申し上げます。

(学生本人記入)

学籍番号	学年	氏名
------	----	----

上記の者は、下記の感染症に罹患し疾病が軽快し感染予防上登校しても支障のないことを証明します。

下記疾病の該当箇所に☑の記入の記入をお願いいたします。

<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"/>	新型コロナウイルス感染症
<input type="checkbox"/>	結核	<input type="checkbox"/>	髄膜炎菌性髄膜炎
<input type="checkbox"/>	その他 ()		

初診日 20 年 月 日
出校停止期間 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日

20 年 月 日

医療機関名

住所・電話番号

医師名

