

主治医 様

感染症治療・登校許可証明書の記入について（ご依頼）

学校保健安全法及び同法施行規則に定められた感染症罹患の本学学生について、診断内容等を下記にご記入いただきますようお願い申し上げます。

問い合わせ先： 近畿リハビリテーション学院 事務局 TEL 06-6381-3282

感染症治療・登校許可証明書

学籍番号： P 学生氏名： _____

上記の者は下記の疾病が治癒したので、登校してよいことを証明します。

診断名： _____

初診： _____年 _____月 _____日

登校禁止期間： _____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日

登校許可： _____年 _____月 _____日から

備考： _____

令和 _____年 _____月 _____日

医療機関名 _____

担当医師名 _____ 印 _____

【学生の皆さんへ】

- 学校保健安全法及び同法施行規則に定める感染症にかかった場合は、出席停止になります。主治医の指示のもとに療養して下さい。
- 登校の際は、主治医に上記の「感染症治療・登校許可証明書」に記入してもらい、学校事務局に提出して下さい。
- 主治医が認めた期間は欠席扱いとしません。
- 感染症報告書による情報について、本校は原則として第三者への開示をいたしません。但し、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、本人の生命・身体・財産を保護するために必要がある場合など、本人の同意を得ることが困難であるときはこの限りではありません。

事務局 受付印