

主治医 様

「登校許可書（治癒証明書）」について（お願い）

感染症に罹患した本学学生について、次のとおり出席停止期間等をご記入いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

問い合わせ先：福岡こども短期大学 保健室 092-922-7231（代）内線 306

「登校許可書（治癒証明書）」

1. 氏名 _____

2. 出席停止期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

3. 感染症名 _____

該当欄に○印を付けてください

種類	○印	感染症名	○印	感染症名
第一種		感染症名（ ）		
第二種		インフルエンザ		水痘（みずぼうそう）
		百日咳		咽頭結膜熱
		麻疹（はしか）		新型コロナウイルス感染症
		流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）		結核
		風しん		髄膜炎菌性髄膜炎
第三種		腸管出血性大腸菌感染症		パラチフス
		コレラ		流行性角結膜炎
		細菌性赤痢		急性出血性結膜炎
		腸チフス		その他の感染症※（ ）

※その他の感染症の例（条件によっては出席停止の措置が必要と考えられる感染症） ・ 感染性胃腸炎（ノロウイルス、ロタウイルス等）

・ マイコプラズマ感染症 ・ 溶連菌感染症 ・ 伝染性紅斑（りんご病） ・ EBウイルス感染症 ・ 手足口病 ・ ヘルパンギーナ

年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

住 所

電話番号

医 師 名

⑧

※ 学生は、この「登校許可書（治癒証明書）」と、「欠席届」を教務課に提出して下さい。