

治 癒 証 明 書

岩国短期大学 ※ _____ 科

※ _____ 年 _____ 組 _____ 番 氏名 _____

上記の者は、下記の感染症が治癒し登校に支障がないことを証明します。

記

I 疾患名（該当するものに○）

インフルエンザ 百日咳 麻疹 流行性耳下腺炎 風疹 水痘

咽頭結膜炎 結核 流行性角結膜炎 急性出血性結膜炎

腸管出血性大腸菌感染症 流行性嘔吐下痢症（ロタウイルス・ノロウイルス等）

その他（ _____ ）

II 出席停止期間

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

医 師 名 _____ 印

記入上の注意事項及び提出方法

1. 学生は、※欄を記入し、医療機関に提出してください。
2. 医療機関に I・II を記載していただけてください。
3. 学生は、証明書を学生支援課（教務・実習窓口）に提出してください。
なお、治療期間は、公欠扱い(試験を除く)となりますが、詳細は学生支援課で確認をしてください。

学 長	副学長	教務部長	学科長	事務長	学生支援課長	担 任