

学校感染症罹患届

日本電子専門学校 校長殿

学籍No. _____ 氏名 _____

下記のように学校感染症に罹患致しましたのでお届けいたします。

年 月 日

学校感染症罹患証明届

氏名 _____
(年 月 日生)

1 上記の者は次の○印の感染症に罹患しました。

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> インフルエンザ | <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症 |
| <input type="checkbox"/> 風疹 | <input type="checkbox"/> 麻疹 |
| <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 | <input type="checkbox"/> 水痘 |
| <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 | <input type="checkbox"/> 百日咳 |
| <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎 | <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 |
| <input type="checkbox"/> ウイルス性肝炎 | <input type="checkbox"/> 急性灰白髄炎 |
| <input type="checkbox"/> その他の伝染病 (|) |

2 上記の者が治療のため学校への出席を停止すべき期間は下記の通りです。

年 月 日から 年 月 日まで

上記の通り証明いたします。

年 月 日

医療機関名

所在地

医師名

印