

ご担当医 様

登校許可証明書記入について（ご依頼）

学校保健安全法の定めにより、学校で予防すべき感染症に罹患した本校学生について、診断名および今回の出席停止が必要であったと考えられる期間を、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：神戸総合医療専門学校 学生支援係

078-795-8000

登 校 許 可 証 明 書

本人 記 入 欄	学籍番号	氏名
	住所 〒	
	TEL	

上記の学生は、下記疾病が軽快したので登校しても支障がないことを証明します。

疾病名（下記疾病の該当欄に○印をつけて下さい）

<input type="checkbox"/>	インフルエンザ	<input type="checkbox"/>	咽頭結膜熱（プール熱）
<input type="checkbox"/>	麻疹（はしか）	<input type="checkbox"/>	流行性角結膜炎
<input type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	<input type="checkbox"/>	急性出血性結膜炎
<input type="checkbox"/>	風疹（三日はしか）	<input type="checkbox"/>	百日咳
<input type="checkbox"/>	水痘（みずぼうそう）	<input type="checkbox"/>	その他（ ）

初 診 年 月 日

登校禁止期間 年 月 日 ～ 年 月 日

登 校 許 可 年 月 日

年 月 日

医療機関名

住 所

医 師 名

㊟

※登校許可証明書による情報は保健委員会、事務局、および担当教員が共有し、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、法令に基づく場合や、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で、本人の同意を得ることが困難であるときは例外的に第三者（保健所など）に開示することがあります。

学 校 長	課 長	事 務	教 務