

主治医 殿

茨城北西看護専門学校

学校感染症罹患学生の「登校許可書」記入について（ご依頼）

学校保健安全法施行規則に定められた「学校感染症」に罹患した本学学生について、
下記証明書にご記入くださるようお願い申し上げます。

【本件問合せ先】 TEL : 0295-54-1422

感染症登校許可証明書

患者氏名 _____

生年月日 _____ 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

病名 _____

上記感染症のため _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日まで

療養を（要します・要しました）。

_____ 年 _____ 月 _____ 日から登校を許可します。

年 _____ 月 _____ 日

医療機関名： _____

医師名： _____

⑩