

(学校保健安全法に指定されている感染症)

治癒証明書

山陽学園大学・山陽学園短期大学 様

証明年月日： 年 月 日

医療機関名：

医 師 名： ⑩

下記のとおり、感染症が治癒したことを証明いたします。

学籍番号※		
所 属※		
氏 名※		
病 名 (該当欄に○を記入 してください。)	インフルエンザ	咽頭結膜熱
	麻しん	流行性角結膜炎
	風しん	腸管出血性大腸菌感染症
	水痘	流行性嘔吐下痢症
	流行性耳下腺炎	その他の感染症 ()
	百日咳	
出校停止期間	自 年 月 日 ~ 至 年 月 日	
特記事項		

◇ 学生は※の箇所へ記入の上、受診した医療機関へ持参すること