

# 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）

マイコプラズマ肺炎    その他（ \_\_\_\_\_ ）

### II 治療期間

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 の記載をお願いしてください。
3. 学生は、証明書を学生支援課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してください。

学 長	教務部長	学科長	事務長	学生支援課長	担 任