感染症就学許可証明書（学生用）

星薬科大学

学籍番号　　氏名

上記の者は、下記の疾病が治癒したので就学してよいことを証明します。

疾病名			
	インフルエンザ（A型・B型・不明）		結核
	百日咳		咽頭結膜熱
	麻疹（はしか）		出血性大腸菌感染
	流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）		流行性角結膜炎
	風疹（三日はしか）		急性出血性結膜炎
	水痘（みずぼうそう）		その他伝染病（　　）

（上記疾患の該当欄に○印を記入してください。）

初　　診　20　年　月　日

就学禁止期間　20　年　月　日 ～ 20　年　月　日

就学許可　20　年　月　日 午前 ・ 午後 より許可する。

20　年　月　日

医療機関名

医師名　　印

＊ 感染症報告書による情報は、保健管理センターおよび担当教員、学生部が共有し、原則として第三者に開示いたしません。しかし、学内集団感染などにより緊急を要する場合、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に開示することがあります。あらかじめご了承ください。

＊＊上記の太枠内を医療機関により証明してもらってください。