

ご担当医殿

学校法人 ルーテル学院

学校感染症治癒証明書の記入について（ご依頼）

学校保健安全法施行規則第19条に定められた学校感染症に罹患した本学の学生について、下記の事項についてご証明いただきますようお願い申し上げます。

学生支援センター健康管理室（看護師 外山） TEL. 0422-31-4682

学校感染症治癒証明書

所 属 _____ コース・学科

学籍番号 _____

氏 名 _____

病 名 : _____

標記の学生は、上記の学校感染症のため

_____年 _____月 _____日から _____年 _____月 _____日まで自宅療養中でしたが、

感染の恐れがないものと認め _____月 _____日から登校可能と判断します。

年 月 日

住所・医療機関名・診断医師

住 所 : _____

医療機関名 : _____

医 師 : _____ 印

※証明を受けた後学生はこの証明書を学生支援センターに提出して下さい。

尚、授業を欠席した場合はこの証明書と一緒に欠席した科目毎に「欠席届」を学生支援センターに提出する必要があります。証明印を押された「欠席届」を各自で担当教員に渡して下さい。