

年 月 日

診察担当医 御机下

北翔大学  
北翔大学短期大学部  
北翔大学大学院  
保健センター

お手数をおかけし申し訳ありませんが、該当する学校感染症に○印を記入し、  
就学許可の証明をお願いいたします。

### 学校感染症就学許可証明書

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。

学校保健安全法施行規則に定める感染症名	
インフルエンザ( )	咽頭結膜熱
麻疹	流行性角結膜炎
流行性耳下腺炎	急性出血性結膜炎
風疹	感染性胃腸炎 ( )
水痘	その他の感染症( )

初診 年 月 日

就学禁止期間 年 月 日

就学許可 年 月 日

年 月 日

医療機関名

医師名

印