

# 通学許可証

昭和学院短期大学長 様

氏名 \_\_\_\_\_

上記学生は、下記疾患にて

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日から療養しておりましたが、現在軽快し、

他に伝染の恐れがなくなりましたので、\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日から

通学しても差し支えないことを証明します。

疾患名（下記疾患に○をつけてください。）

百日咳 ・ 麻疹 ・ 流行性耳下腺炎 ・ 風疹 ・ 水痘 ・ 結核

咽頭結膜熱 ・ 流行性角結膜炎 ・ 急性出血性結膜炎 ・ 髄膜炎菌性髄膜炎

その他流行のおそれがある急性感染症

その他の感染症 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

年 月 日

医療機関名

住 所

医 師 名

印