

主治医 様

本校は看護専門学校として病院・施設等で実習を行っています。下記の証明書にご記入の際、該当する□にチェックを入れていただきますようお願い申し上げます。

田北看護専門学校

大和郡山市城南町 3-25

TEL0743-52-2244

罹患証明書

学生氏名 _____

診断名	
-----	--

□にレを記入して下さい

- 登校及び臨地実習は可能である。
- 出席停止までに至らず、症状が改善すれば登校、臨地実習は可能である。
- 学校保健安全法に基づき以下の期間を出席停止とする。

期間： 年 月 日～ 年 月 日まで

出席停止の場合、病名を○で囲んで下さい

第二種	インフルエンザ () 型	新型コロナウイルス	百日咳	麻疹
	流行性耳下腺炎	風しん	水痘	咽頭結膜熱
及び その他	髄膜炎菌性髄膜炎			
	コレラ	細菌性赤痢	腸管出血性大腸菌感染症	
	腸チフス	パラチフス	流行性角結膜炎	急性出血性結膜炎
	感染性胃腸炎 (ノロウイルス感染症	ロタウイルス感染症		
	サルモネラ感染症	マイコプラズマ感染症	伝染性紅班	
	溶連菌感染症	手足口病	ヘルパンギーナ	ウイルス性肝炎
	上記以外のその他の感染症 ()

年 月 日

医療機関

住所

医師名

印