

ご 担 当 医 殿

日 本 大 学 法 学 部  
日 本 大 学 大 学 院 法 学 研 究 科  
日 本 大 学 大 学 院 新 聞 学 研 究 科  
日 本 大 学 大 学 院 法 務 研 究 科

学校感染症罹患証明書の記入について（依頼）

学校保健安全法に定められた「学校において予防すべき感染症」に罹患しました本学学生につきまして、下記証明書にご記入くださいますようお願い申し上げます。

日本大学法学部（保健室） 03-5275-8586

医師記入欄

学校感染症罹患証明書

氏 名

上記の者は、以下の疾患について、学校保健安全法の基準により下記期間の出席停止を指示したことを証明します。

【疾患名】（該当欄に○印をつけてください）

<input type="checkbox"/>	インフルエンザ（ 型）※	<input type="checkbox"/>	百日咳
<input type="checkbox"/>	麻疹	<input type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎
<input type="checkbox"/>	風疹	<input type="checkbox"/>	水痘
<input type="checkbox"/>	咽頭結膜熱	<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルス感染症 ※
<input type="checkbox"/>	結核	<input type="checkbox"/>	髄膜炎菌性髄膜炎
<input type="checkbox"/>	その他（ ）		

発 症 日	令和 年 月 日
出席停止期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

令和 年 月 日

医療機関名

住所・電話

医 師 名 \_\_\_\_\_ 印

学生記入欄

学生番号		学年	
氏 名			

保健室確認印

※第二種の感染症のうち、インフルエンザ及び新型コロナウイルス感染症については保健室への電話による報告のみで証明書の提出を省略できます。ただし、欠席した授業の担当教員に欠席の理由が分かる根拠資料を求められた場合は、保健室で確認印の押された控えを受け取り、自身で必要な枚数をコピーして担当教員に提出してください。