

ご担当医様

学校感染症罹患証明書記入について（ご依頼）

「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、下記証明書に疾患名、出席停止期間等をご記入くださいますようお願い申し上げます。

神戸市外国語大学 学生支援・教育グループ

TEL : 078-794-8131 / 078-794-8133

---

---

## 学校感染症罹患証明書

学籍番号： \_\_\_\_\_ 氏名： \_\_\_\_\_ ※本人記入

上記の者を「学校において予防すべき感染症」と診断し、診断日及び出席停止期間が下記であることを証明します。

疾患名： \_\_\_\_\_

診断日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

出席停止期間： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ～ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

年 月 日

医療機関名

医師名

印