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

(必ず記載してください)

年　　　　月　　　　日

医療機関名

医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印