

感染症連絡書

学校法人森島学園
専門学校浜松医療学院
学 院 長 殿

学生氏名 ()

上記の者が、下記病名により、(西暦) 年 月 日より出席停止の必要があると診断しました。

種 類	該当する病名に○を記入してください。
第一種	エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、南米出血熱、ペスト、マールブルグ病、ラッサ熱、急性灰白髄炎（ポリオ）、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群（病原体がSARSコロナウイルスであるものに限る）、鳥インフルエンザ（病原体がA型インフルエンザウイルスで、その血清亜型がH5N1であるものに限る）
第二種	インフルエンザ（鳥インフルエンザ（H5N1）を除く）、百日咳、麻しん、流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）、風しん、水痘（みずぼうそう）、咽頭結膜熱、結核、髄膜炎菌性髄膜炎
第三種	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 その他の感染症 ()
平成24年4月1日 学校保健安全法施行規則の一部改正による	

(西暦) 年 月 日から、登校にさしつかえないことを証明します。

(西暦) 年 月 日

医師名 _____

※学生記入欄

氏 名	学 科	学 年	部
	学科	年	部

専門学校浜松医療学院
静岡県浜松市浜北区貴布祢 232-3
Tel.053-585-1333 Fax.053-585-1661