

学校感染症等における証明書

令和 年 月 日

九州看護福祉大学長 殿

学科・学年 学科 学年
氏 名

以下の証明書のとおり、主治医の指示に従い、講義を欠席したので届けます。

主治医 様

日頃から、本学学生の健康管理にご協力いただき、誠にありがとうございます。

さて本学では、感染症の蔓延防止の観点から、学校保健安全法の「その他の感染症」まで含め、主治医が必要と認める場合にはその指示に従い出席を停止するよう指導しております。

つきましては、以下の証明書に必要事項をご記入のうえ、学生にお渡しくださいますようお願い申し上げます。

証明書

九州看護福祉大学長 殿

罹患した病名

罹患期間（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

医師名 印

※学生は、証明を受けたら速やかに教務課に提出してください。

※大学は、個人情報の保護に努めております。

九州看護福祉大学 保健管理センター