

学級担任
コース主任

感染症等に関する証明書

茨城工業高等専門学校長 殿

年	組	学籍番号	
			工学科 コース
主専攻	系		
氏名	※1		

※1 氏名欄は必ず本人が自署すること

上記の者、下記疾患（感染症）は、ほぼ治癒し他の者に感染のおそれがなく登校しても差し支えないものと認める。

記

病名	インフルエンザ 百日咳 麻しん 風しん 流行性耳下腺炎 結核 咽頭結膜炎 流行性角膜炎 マイコプラズマ肺炎 急性出血性結膜炎 水痘 その他の流行のおそれのある急性感染症（ ） その他の感染症（ ）
治療期間	令和 年 月 日（ ） ～ 令和 年 月 日（ ）
登校可能日	令和 年 月 日（ ）からの登校が可能である。

令和 年 月 日	
医療機関名	
医師氏名	印

(注意) 太枠を、学生本人が記入してから医療機関へ証明を依頼すること。