

担当医 殿

太陽歯科衛生士専門学校  
荒川区西日暮里 2-22-1  
03-5810-8020

感染症に関する証明書記入のご依頼  
本校学生について下記にご記入くださいますようお願い申し上げます。

感染症罹患報告書（医療機関記入用）

氏 名 \_\_\_\_\_

受診日      令和      年      月      日

疾患名      インフルエンザ      新型コロナウイルス感染症  
                 麻疹      風疹      流行性耳下腺炎      水痘  
                 その他

待機期間      令和      年      月      日から令和      年      月      日まで

医療機関名  
所在地  
医師名