

\*ご担当医様\*Dear Medical Physician

Requesting Medical certificate for recovering from school infectious disease.

本学学生より学校感染症に罹患したとの報告を受け、学校保健安全法第19条での定めに基づき出席停止の措置を行いました。お手数ですが、本疾患が軽快し伝染の恐れがなくなった事をご記入いただきますようお願い申し上げます。

Aoba-Japan International School

## Certificate of Isolation Period from School due to Infectious Disease 学校感染症による出席停止・登校許可の証明

Name (氏名)

Date of birth (生年月日)

### Diagnosis (診断)

- Influenza (インフルエンザ) / Type :                    型
- Pertussis (百日咳)
- Measles (麻疹)
- Mumps (流行性耳下腺炎)
- Rubella (風疹)
- Chicken pox (水疱瘡)
- Adenovirus infection (咽頭結膜熱)
- Epidemic keratoconjunctivitis (流行性角結膜炎)
- Other infection · please specify (その他の感染症・記載してください)

Duration for expecting isolation period (予測される出席停止期間または登校可能となる日)

I certify that the person above was diagnosed with infectious disease under the School Health and Safety Act and fully recovered for returning to the school.

学校保健安全法で定められた感染症に罹患していることを証明します。また学校感染症予防上登校しても支障がない事を認めます。

Date (日付)

Name of medical institute, Address, TEL (医療機関名・住所・電話番号)

Name of Physician (医師名)

Sign (印)