

法定感染症病状証明書および医療機関受診証明書につきまして(依頼)

本学では、学校保健安全法第 19 条および学校保健安全法施行規則第 18 条(学校において予防すべき感染症)に基づいて、下記の法定感染症は学内蔓延防止の観点から出席停止の扱いをしております。担当医の先生方におかれましては、上記をご理解いただき、本学における当該学生の出席停止等及びその期間の判断に資するための本証明書をご記入の上、学生に交付して頂きます様、お願い申し上げます。なお、法定感染症以外の疾患の場合は、右記の[様式 2]医療機関受診証明書へご記入をお願いいたします。

記入についてのお問い合わせ先：APU スチューデント・オフィス 0977-78-1124

[様式 1]

法定感染症病状証明書 / Certificate of Recovery from Infectious Disease

立命館アジア太平洋大学 殿

1. 下記の学生を法定感染症と診断しましたので、報告します。

Table with 2 columns: Field (受診者氏名, 受診者生年月日, 学籍番号 / Student ID No.*) and Value (Year, Month, Day, Student ID No.).

2. 疾患名(下記疾患の該当欄に○印をつけてください)

Table with 3 columns: 種別 / Class, ○印, 病名 Name of Disease. Lists various infectious diseases for classification.

3. 出席停止期間 / Attendance suspension period

上記の疾病により、以下の期間の出席停止が妥当であったことを証明します。

Table for attendance suspension period with fields for 受診日 (Start Date) and 療養終了日 (End Date).

Form for medical institution details including 医療機関名, 住所・電話番号, 医師名, and 発行日.

医療機関受診証明書 / Certificate Proving Hospital Visit

1. 次の者が下記年月日において体調不良等により本院を受診したことを証明します。

Form for patient information including 受診年月日, 受診者氏名, and 生年月日.

2. 下記項目に該当するものがあればレ印をつけてください。

□ 一定期間の入院による加療が必要です。(必要でした。)

期間： 年 月 日 ~ 年 月 日

□ 一定期間の自宅加療が必要です。(必要でした。)

期間： 年 月 日 ~ 年 月 日

□ その他、特別に記載すべき事項があります。

記載すべき事項 ()

□ 上記に該当するものはありません。

Form for medical institution details including 医療機関名, 住所・電話番号, 医師名, and 発行日.

※記載内容について、確認の為問い合わせをさせて頂く場合がございますので、予めご了承頂きます様、よろしくお願い申し上げます

お問い合わせ先

立命館アジア太平洋大学 アカデミック・オフィス

〒874-8577 大分県別府市十字原 1-1
TEL:0977-78-1122 / FAX:0977-78-1123