（様式第10号）

**登校許可・実習許可(罹患)証明書**

**新潟県立十日町看護専門学校長　様**

学籍番号

学生氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 生年月日　西暦　　　　年　　　月　　　日生

　上記の者は、下記の学校感染症により治療中である（であった）。

指定の期日より登校・実習(病棟等での患者の看護)を許可する。

　　診断名　　　　　　・インフルエンザ　　　　　　　　・結核

　　　　　　　　　　　・百日咳　　　　　　　　　　　　・髄膜炎菌性髄膜炎

　　　　　　　　　　　・麻疹　　　　　　　　　　　　　・腸管出血性大腸菌感染症

　　　　　　　　　　　・流行性耳下腺炎　　　　　　　　・流行性角結膜炎

　　　　　　　　　　　・風疹　　　　　　　　　　　　　・急性出血性結膜炎

　　　　　　　　　　　・水痘　　　　　　　　　　　　　・その他

　・咽頭結膜熱

疾病の診断年月日　　　　　西暦　　　　　年　　　　月　　　　日

登校してもよい日　　　　　西暦　　　　　年　　　　月　　　　日　より

　　医療機関名・医師名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　証明日　西暦　　　　　年　　　　月　　　　日