

(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