

Date: / /

To the attending physician 主治医殿

Request for Completion of Certificate Indicating Treatment of Communicable Disease
学校伝染病治癒証明書記入のご依頼

We recently received a report indicating that the student named below is afflicted with a communicable disease. Consequently, we have suspended this student from attending school. Accordingly, we would appreciate if you would complete the following form by filling in the required information.

この度、本学学生より学校伝染病に罹患したとの報告を受け、出席停止の措置を行いました。お手数ではございますが、下記届書にご記入いただきますようお願い申し上げます。

National Graduate Institute for Policy Studies
政策研究大学院大学

Academic and Student Affairs Division
教育支援課教務担当
TEL: 03-6439-6042 Fax: 03-6439-6040

Health Service Center
保健管理センター
TEL: 03-6439-6091 Fax: 03-6439-6049

**Certificate Indicating Treatment of Communicable Disease
(Permission to Attend School)**

学校伝染病治癒証明書（登校許可書）

Name of Patient: 氏名 _____

I hereby certify that the above-named patient has been treated of the below-mentioned disease, and is now fit to attend school.

上記の者は下記疾患が治癒したため、登校しても支障がないことを認めます。

Name of disease: 疾患名（Check in the appropriate box 下記疾患の該当欄に印をつけて下さい）

<input type="checkbox"/> Influenza インフルエンザ	<input type="checkbox"/> Measles 麻疹	<input type="checkbox"/> German measles 風疹	<input type="checkbox"/> Tuberculosis 結核
<input type="checkbox"/> Mumps 流行性耳下腺炎	<input type="checkbox"/> Chicken pox 水痘	<input type="checkbox"/> Whooping cough 百日咳	<input type="checkbox"/> Pharyngoconjunctival fever 咽頭結膜熱
<input type="checkbox"/> Epidemic keratoconjunctivitis 流行性角結膜炎	<input type="checkbox"/> Acute hemorrhagic conjunctivitis 急性出血性結膜炎	<input type="checkbox"/> Intestinal infection due to nterohemorrhagic E. coli 腸管出血性大腸菌感染症	
<input type="checkbox"/> Other (Please specify.) (_____) その他(_____)			

Date of initial medical examination 初診 20 年 月 日

Period of suspension from school 出席停止期間 20 年 月 日～ 20 年 月 日

Date of permission to return to school 登校許可 20 年 月 日から

Notes 備考

Date 年 月 日

Hospital name and address 医療機関名・住所

Telephone number 電話番号

Name of attending physician 医師名 _____ Signature 印

学内記入欄 Comments by university staff

StudentID 学籍番号		Program of study 所属プログラム	
Student name 氏名			

(Form recipient 受付者 _____)