

感染症就労許可証明書（特別休暇取得用）

成蹊学園総務部人事課

所 属		氏 名	
-----	--	-----	--

☐ 健康支援センターの「学校感染症罹患報告フォーム」に入力済みである。

＜以下は医師が記入＞

上記の者は下記疾病が治癒または感染の恐れがなくなったため、就労してよいことを証明します。

下記疾病の該当欄に○印を記入してください。該当欄にない疾病は、その他に記入をお願いいたします。

疾 病 名	学校保健安全法施行規則に基づく出席停止の期間の基準
インフルエンザ（型）	発症後 5 日を経過し、かつ、解熱した後 2 日を経過するまで
新型コロナウイルス感染症	発症後 5 日を経過し、かつ、症状軽快後 1 日を経過するまで
百日咳	特有の咳が消失するまで又は 5 日間の適正な抗菌性物質製剤による治療が終了するまで
麻疹（はしか）	解熱した後 3 日を経過するまで
流行性耳下腺炎	耳下腺、顎下腺又は舌下腺の腫脹が発現した後 5 日を経過し、かつ、全身状態が良好になるまで
風疹	発疹が消失するまで
水痘（水ぼうそう）	すべての発疹が痂皮化するまで
咽頭結膜熱	主要症状が消退した後 2 日を経過するまで
結核	感染のおそれがないと認めるまで
髄膜炎菌性髄膜炎	
感染性胃腸炎	
溶連菌感染症	
マイコプラズマ感染症	
その他（ ）	

就労禁止期間 20 年 月 日 ～ 20 年 月 日まで

就労許可 20 年 月 日 から

20 年 月 日

医療機関名

住所

電話

医師名

印

学園記入欄

※本証明書による情報は総務部人事課が共有し、原則として第3者に開示いたしません。

但し、学内集団感染において緊急を要する場合等、学内規則や法令に基づいて関連機関に開示することがあります。

所属長確認印

人事課確認印