

<提出必須>

①学校感染症罹患届

|  |   |
|--|---|
| 届出日  | 年 月 日   |
| 学籍番号   |   |
| 氏 名  |   |
| 罹患日（発熱・症状が出た日）   | 年 月 日   |
| 疾患名  |   |
| 出席停止期間   | 月 日 ～ 月 日 <input type="checkbox"/> 不明                 |
| 診断書又は感染症証明書の有無   | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| ・出席停止期間が「不明」になっている場合は<br>その理由<br>・診断書・感染症証明書などが「無」の場合は<br>その理由 |   |

提出方法：保健室へ E メールで提出

提出先：healthcare@office.kobe-cufs.ac.jp