

# 診 断 ・ 登 校 許 可 証 明 書

フェリス女学院大学

学籍番号\_\_\_\_\_

学生氏名\_\_\_\_\_

上記の学生を感染症 \_\_\_\_\_と診断し、下記期間を出席  
停止としましたが、すでに感染のおそれはありませんので、登校に支障がないものと認め  
ます。

出席停止期間： \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日から \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日まで

備考：

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

医療機関名：

住所・電話

医師名： \_\_\_\_\_印