

季節性インフルエンザを除く
【 職 員 】 就 業 許 可 証 明 書

所属		ふりがな	
		氏名	

(この枠内は本人が記入して下さい)

上記の者は、下記の疾病が治癒したので就業してよいことを証明します。

感染症	○印	疾患名	感染症	○印	疾患名	
		百日咳	第三種		腸管出血性大腸菌感染	
		麻疹 (はしか)				流行性角結膜炎
		流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)				急性出血性結膜炎
第二種		風疹 (三日はしか)	感染性 胃腸炎		ノロウイルス感染症	
		水痘 (みずぼうそう)				ロタウイルス感染症
		咽頭結膜炎熱 (プール熱)	その他の感染症の場合は下記にご記入下さい。			
		結核				
		髄膜炎菌性髄膜炎				

(上記疾患の該当欄に○印をご記入ください。)

初 診 西暦 年 月 日
 就業禁止期間 西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日
 就 業 許 可 西暦 年 月 日 から
 本証明書作成日 西暦 年 月 日

医療機関名
 医 師 名 ㊟

☆本学は学校保健安全法の趣旨に則して、職員についても同様に感染症対策を講じております。
 診断した医師に太枠内を記入していただき、本学保健室へ提出して下さい。

*本証明書の情報は、保健室、産業医、総務課、所属上司のみが共有し原則として第三者に開示いたしません。ただし、学内集団感染において緊急を要する場合、法令に基づく場合や、本人の生命/身体/財産を保護するために必要がある場合などで、本人の同意を得ることが困難であるときは、例外的に第三者に開示することがあります。予めご了承ください。

産業医 確認欄	保健室 確認欄

<本証明書フロー>
 本人→保健室 (産業医) →総務課 (コピー)

※保健室確認後、コピーを総務課にて保管する。