

<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 その理由 ・診断書・感染症証明書などが「無」の場合は 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