

「学校において予防すべき感染症」就業許可証明書

所属 _____ 氏名 _____

上記の者は、下記の感染症が治癒したので、就業に支障がないことを証明します。

疾 病 名	
インフルエンザ	解熱後 2 日を経過するまで
麻疹（はしか）	解熱後 3 日を経過するまで
流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	耳下腺の腫脹が消失するまで
風疹（三日はしか）	発疹が消失するまで
水痘（みずぼうそう）	すべての発疹が痂皮化するまで
百日咳	特有の咳が消失するまで
咽頭結膜熱	主要症状消退後 2 日を経過するまで
結核	感染の恐れがなくなるまで
その他	【学校における感染症第一種】治癒するまで 【学校における感染症第三種】医師において感染の恐れがないと認められるまで

（上記疾病の該当欄に 印を記入してください）

初 診 日： 年 月 日
 就業停止期間： 年 月 日 ~ 年 月 日
 就業開始日： 年 月 日

年 月 日

医療機関名

医師名

 ウエルネスセンター使用欄（ウエルネスセンター保存）

ウエルネスセンター		人事課	
日付		日付	

