

新型コロナウイルス感染症 学生療養申告書

届出日 年 月 日

大学院/ 芸術学部/ 短期大学部 学科/ 専攻・領域・コース

学年 年 学籍コード 氏名(フリガナ)

【療養(出席停止)期間】 年 月 日 ~ 年 月 日

・出席停止の指示者：医師・保健所・その他 病院名・機関名：_____

※療養期間等については、医療機関・保健所、自治体の指示を優先してください。

該当する項目にチェックを入れてください。

- 罹患した方
 濃厚接触者になった方
 体調不良で療養した方

※上記該当する場合は、所属の医務室に提出

※病院等を受診した領収書やその他受診の証明できるもののコピーを添付

署名(保証人等) _____ 印

該当する内容に、日付と詳細を記入してください。

内容	年月日	備考
症状出現日(※症状に○をする)	月 日	咳・咽頭痛・発熱(℃)・倦怠感・その他
検査内容 ※該当項目にチェック・○をする <input type="checkbox"/> PCR検査(陽性 / 陰性) <input type="checkbox"/> 抗原検査(陽性 / 陰性) <input type="checkbox"/> 医師判断	検査日 月 日 判定日 月 日 月 日	
症状消失日	月 日	
濃厚接触者と特定された日 最終接触日(上記と異なる場合は記載)	月 日 月 日	感染者：_____ (学生本人との関係) (同居 有/ 無)※感染者が学内関係者の場合は氏名を記載

学部長	教務部長	学生部長	保健センター長	学校医	医務室

No. _____

女子美術大学大学院 女子美術大学 女子美術大学短期大学部