

# 新型コロナウイルス感染症に関する自己申告書

中央学院大学 御中

1. 疾患名

新型コロナウイルス感染症

2. 療養場所（該当に○）

病院 ・ 宿泊施設 ・ 自宅 ・ その他（ ）

3. 療養期間（入院期間もしくは、主治医または保健所から指示された隔離療養期間）

令和 年 月 日 ～ 年 月 日

4. 隔離療養解除を許可した者（該当に○をし、名称等を記入）

①医療機関（医療機関名 / 電話番号 ）

②保健所（保健所名 / 電話番号 ）

私は医療機関もしくは保健所に隔離療養を解除されました。また上記内容に間違いありません。

令和 年 月 日

学籍番号（教職員は所属） \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_（自署もしくは押印）

※本書式は、治癒証明（登校許可）書、診断書、療養期間を証明できる信憑書類が医療機関、保健所等で発行できない場合に使用する。

※学生は治癒後登校したら、すみやかに保健センターで確認印をもらい、授業欠席については学生課、試験欠席については教務課へ持参し手続きすること。

※教職員は治癒後出勤したら、すみやかに保健センターへ提出すること。

※この情報は本学関係者のみで共有し、原則として第三者には開示しません。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、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なときには、第三者に開示することがあります。

保健センター 確認印

学 生 課 確認印