

宿泊・自宅療養証明書（新型コロナウイルス感染症専用）

本証明書は、医師、病院・診療所・自治体・保健所等の担当者のいずれかの方がご証明ください。

1. 氏名		学生番号	
2. 傷病名	新型コロナウイルス（COVID-19）感染症		
3. 治療経過	PCR検査陽性 判明日 20 年 月 日 【補足事項がある場合にはご記入ください】		
4. 宿泊療養（※）をした期間	期間 20 年 月 日 ～ 20 年 月 日		
5. 宿泊施設の名称	施設名		
6. 自宅療養（※）をした期間	期間 20 年 月 日 ～ 20 年 月 日		
上記のとおり証明します。		記入日 年 月 日	
所在地	医師 ・ 担当者 （該当するものに○囲み）		
名称	担当者の場合：役職名		
電話番号	証明者氏名 _____		

（※）宿泊療養および自宅療養とは、以下の①および②に該当する場合をいいます。

- ①2020年4月2日付の厚生労働省の「新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養及び自宅療養の対象並びに自治体における対応に向けた準備について」等に定められている宿泊療養または自宅療養であること。
- ②感染症法上、入院措置が必要にもかかわらず、医療機関の事情により宿泊療養または自宅療養していること。

東京女子大学学生へ

- ・ 宿泊・自宅療養となった場合、保健室（Te103-5382-6287）へ電話報告してください。
- ・ 療養解除後、本用紙を医師または公的機関（保健所など）のご担当者へ（1.氏名・学生番号をあらかじめ記入のこと）記載をお願いしてください。（先方から発行された同様の証明書でも可）
- ・ 登校時にこの証明書を 保健室 に提出してください。

* 本証明書による情報は、保健室、学務課、学生生活課および学科・専攻が共有し、原則として第三者には開示しません。ただし、学内において集団感染など緊急を要する場合や法令に基づく場合などには関連機関に開示することがあります。