

主治医様

長崎県立大学

インフルエンザ出席停止証明について（ご依頼）

インフルエンザに罹患しました本学学生について、診断名、発症日、出席停止期間等を下記証明書にご記入くださいますようお願い申し上げます。

長崎県立大学 佐世保校 保健室 TEL0956-47-2242  
シーボルト校保健室 TEL0956-47-2242

インフルエンザ出席停止証明書

\*学籍番号 \_\_\_\_\_

\*氏 名 \_\_\_\_\_

\*印は本人が記入してください。

医療機関記入欄

1. 上記の者は、インフルエンザ（A型・B型・不明）に感染しているものと診断します。  
いずれかに○印をつけてください。

2. 発症日： \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

3. 出席停止期間  
\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 ~ \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

※出席停止期間は発症後5日間を目安としています。

年 月 日

医療機関名

住所（所在地）

電話

医師名

印