主治医様

長崎県立大学

診断書の記入について（ご依頼）

傷病により入院及び自宅療養を要した本学学生について、下記診断書にご記入くださいますようお願い申し上げます。

【問い合わせ先】長崎県立大学　佐世保校教務グループ　　TEL：0956-47-5706
シーボルト校教務グループ TEL：095-813-5065

【医療機関証明欄】

診断書（公欠）

氏　名		生年月日	年　　月　　日
初診年月日	年　　月　　日　＊本傷病にかかる初診日		
入院期間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日		
加療期間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日		
診断名・状態			

大学生活における配慮に関するご意見

（学業に影響を与える症状、移動などで常時介護を必要とするなど）

☐　特筆すべきことなし

☐　あり　（　　）

上記の通り診断する。

年　　月　　日

医療機関名

住所（所在地）

電話

医師名　　印