## 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)

			生年月	月日	4	丰	月	日	
年	月	日	*本傷病にかかる初診日						
年	月	日	~	年	月	日			
年	月	日	~	年	月	日			
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 <u>/</u>									
	年 年 る配慮に関すえる症状、移動:	年 月 年 月 年 月 る配慮に関するご意見 える症状、移動などで常時	年 月 日 年 月 日 年 月 日 る配慮に関するご意見 える症状、移動などで常時介護を	年 月 日 *本信   年 月 日 ~   年 月 日 ~   る配慮に関するご意見 える症状、移動などで常時介護を必要とする	年月日   年月日   年月日   年月日へ年   年月日へ年   る配慮に関するご意見える症状、移動などで常時介護を必要とするなど)	年 月 日 *本傷病にかかる初診 F 年 月 日 ~ 年 月 日 ~ 年 月 日 ~ 年 月	年月日 年月日 年月日 年月日   年月日 日本年月日   年月日 日本月日   年月日 日日   年月日 日日   本の配慮に関するご意見える症状、移動などで常時介護を必要とするなど)	生年月日 年月   年月日 日本傷病にかかる初診日   年月日 日本月日   年月日 日本月日   本月日 日本月日   本の配慮に関するご意見える症状、移動などで常時介護を必要とするなど)	

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