

主治医様

長崎県立大学

インフルエンザ・COVID-19 罹患証明について（ご依頼）

インフルエンザ・COVID-19 に罹患しました本学学生について、診断名、診断日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 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

インフルエンザ・COVID-19 罹患証明書

本人記入欄

学籍番号： _____ 氏名： _____

医療機関記入欄

1. 診断名： インフルエンザ（ A型 B型 不明）
 COVID-19
※該当する診断名に✓印をつけてください。

2. 初診日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

3. 診断日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

4. 発症日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

5. 特記事項：※必要な場合は、ご教示ください。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

住所（所在地）

電話

医師名

印