

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) <input type="checkbox"/> 特筆すべきことなし <input type="checkbox"/> 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