

主治医 殿

淑徳大学看護栄養学部

インフルエンザ罹患証明書記入のご依頼

インフルエンザ罹患の本学学生及び教職員について、今回の登校停止が必要であると考えられる期間を下記にご記入いただきますようお願い申し上げます。

【お問い合わせ先】 淑徳大学看護栄養学部事務部 TEL.043-305-1881

インフルエンザ罹患証明書

本人 記入欄	学 籍 番 号	
	氏 名	

下記のとおりインフルエンザ罹患を証明します

初 診 年 月 日 ( )

登校禁止(見込み)期間 年 月 日 ( ) ~ 年 月 日 ( )

年 月 日

医療機関名・住所：

TEL：

医師自署： \_\_\_\_\_ (印)

※この証明書は事務部に提出してください。