

主治医 殿

淑徳大学看護栄養学部

インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症罹患証明書記入のご依頼

インフルエンザ及び新型コロナウイルス感染症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室

Tel.043-305-1881

インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症罹患証明書

本人 記入欄	学 籍 番 号	
	氏 名	

下記の疾病について罹患を証明します

疾病名（下記疾病名の該当欄に○印をつけて下さい）

	インフルエンザ
	新型コロナウイルス感染症

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： _____ ⑤

※この証明書は事務室に提出してください。