

※学校に出てきた日から **2週間以内**に教務課または看護学部事務室で手続きすること

主治医様

インフルエンザ出席停止証明書について（ご依頼）

インフルエンザに罹患しました本学学生について、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。

活水女子大学

【問い合わせ先】活水女子大学保健室 TEL：095-820-6025

注意：インフルエンザは学生名が記入された調剤明細等を証明書の代わりとすることができます。
（インフルエンザの薬と説明が明記されていること）

医療機関記入欄

インフルエンザ出席停止証明書

学 生 氏 名		生 年 月 日	年 月 日
---------	--	---------	-------

上記の者はインフルエンザ（A型・B型・不明）に感染しているものと診断いたします。

※いずれかに○を付けてください

1. 発症日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

2. 出席停止期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

年 月 日

医療機関名

住所（所在地）

電話番号

医師名

印

本人記入欄

症状を確認し、該当したら○を付けてください。

- () 発症した後、5日を経過しました。
- () 解熱した後 2日を経過しました。

どちらにも○がついたので、出席いたします。 _____ 年 _____ 月 _____ 日

学籍番号

学生氏名

印