

受診届（学校感染症）

申請日 年 月 日

佐世保工業高等専門学校 殿

（学籍番号 ）

学科 第 学年 組 番

氏名 （自署）

私は下記により病院を受診しましたので、受診確認資料を添えて報告します。

記

受診日 年 月 日

病名 ☐インフルエンザ（A・B・その他） ☐コロナ ☐麻疹
☐水痘 ☐風疹 ☐百日咳
☐結核 ☐流行性耳下腺炎 ☐感染性胃腸炎
☐その他の感染症（ ）

出席停止期間 年 月 日 ～ 年 月 日

上記の通り証明します。

年 月 日

医療機関名

医師名

印

医療機関医師 殿

上記「受診届」への記入についてよろしくお願いいたします。

佐世保工業高等専門学校長

公印省略

※受診確認資料 … 領収書（又は診療明細書）の写し