

医療機関殿

聖カタリナ大学
聖カタリナ大学短期大学部

平素は、学生の保健医療につきまして、格段のご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、本学では、学校において予防すべき感染症について、「学校保健安全法の出席停止期間の基準」に基づき公認欠席を認めております。

つきましては、当該感染症に罹患しているときは、下記診断書の作成にご協力いただきますようよろしくお願い申し上げます。なお、貴医療機関所定の様式がございます場合は、そちらをご使用いただいても結構です。

【 診断書 】

学生住所： _____

氏名： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

診断名： _____

出席停止期間：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 から 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで

上記のとおり診断いたします。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関住所

医療機関名

医師氏名・印 _____