

学校感染症証明書

熊本高等専門学校 熊本キャンパス

学生本人が記入

○○○○ 学科 ○○ 学年 ○○ 組 ○○ 号

氏 名 ○○○○○○

必ず医療機関に
記入してもらう

病 名 インフルエンザ

診 断 日 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

出席停止を必要とする期間

○○年 ○○月 ○○日 ~ ○○年 ○○月 ○○日

(備考)

医療機関名 ○○○○○○

医 師 名 ○○○○○○



学校感染症証明書

熊本高等専門学校 熊本キャンパス

_____ 学科 _____ 学年 _____ 組 _____ 号

氏 名 _____

病 名 _____

診 断 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

出席停止を必要とする期間

_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

(備考)

医療機関名 _____

医 師 名 _____ 印