

季節性インフルエンザ
 新型コロナウイルス感染症
(感染症名を ○ で囲む)

罹患届 兼 出席停止承認書

石川県立大学長 宮川 恒 様

以下のとおり、届け出いたします。

※ 白の箇所は記入必須項目です。

氏名 (届出者)	学籍番号		記入日	年	月	日
			学科 / 研究科	部活 / サークル / アルバイト		
連絡先	電話番号(携帯等必ず連絡がとれるところ) :		住所 :			
発症者又は発熱者との接触の有無 (有・無)			クラス・研究室内での発症者の有無 (有・無)			
2週間以内の旅行の有無 (有・無)			サークル内での発症者の有無 (有・無)			
(有の場合は何処へ? :			家族内での発症者の有無 (有・無)			
経過 (症状の発生から現在までの状況について)			診療機関受診日 :			
自覚症状の有無(有の場合○印)		症状が出た日時				
	発熱 (°C)	日	時頃から	診療機関名 :		
	咳	日	時頃から			
	鼻水	日	時頃から	インフルエンザの場合 A型・B型・不明		
	咽頭痛	日	時頃から	診療機関での対応及び指示内容をわかる範囲で記載 (診療内容、薬の種類、待期期間など)		
	下痢・嘔吐	日	時頃から			
	その他の症状	日	時頃から			
その他の症状(具体的に) :						
現在の状況(症状が軽快した日などを記載) :						

※裏面に証明となる診療明細書等(写し可)を貼付してください。

以下、教務学生課記入欄

上の者について、学校保健安全法第19条に基づき、次の期間を出席停止期間として承認いたします。

年 月 日 から 年 月 日 まで

石川県立大学長 宮川 恒

関係箇所への連絡内容 等:
