

令和 年 月 日

鹿児島大学

担当 殿

所 属： 学部 学科・課程
研究科 専攻

学籍番号：

氏 名：

下記のとおり診断されましたので、報告します。

記

■診 断：インフルエンザ

診断の根拠（複数回答可）：（ ） 接触歴がある

（ ） 臨床症状が適合する

（ ） 迅速簡易検査

（ ） PCR 検査で同定

※該当する項目の（ ）に○をご記入ください。

■発 症 日：令和 年 月 日

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

医療機関名：

医 師 名：

印