

学校感染症による出席停止証明書（完治証明）

科 年 組

氏名

標記の生徒は下記疾病のため、 月 日から 月 日まで
療養をし、完治したことを証明します。

〔疾病名〕

東海医療学園専門学校長 様

平成 年 月 日

医療機関名・所在地

医師名:

印