

# 治 療 証 明 書

学校法人 静岡医療学園

静岡医療学園専門学校

学校長 様

学生氏名

生年月日 年 月 日生

病 名 :

治療期間 : 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

配慮事項 :

上記の者、学校感染症と診断されましたが、治癒しましたのでここに証明いたします。すでに、感染の恐れはありませんので登校に差し支えありません。

平成 年 月 日

医師機関名

住 所

医 師 名 \_\_\_\_\_ ㊞