

担当医先生 御机下

板橋中央看護専門学校
学校長 中村 哲也

治癒証明書のご依頼

学校保健安全法の定めにより、感染症に罹患した本学生について、以下にご記入頂きますようお願い申し上げます。

.....

治癒証明書

1. 氏名： _____

2. 病名： _____

3. 登校停止期間：西暦_____年__月__日 ~ 西暦_____年__月__日

上記の学生は、治癒したため登校が可能であることを証明します。

西暦_____年__月__日

医療機関名：

所在地：

医師氏名：