

年 月 日

主治医 殿

広島都市学園大学
学長 河野 修興
(公印省略)

感染症治癒証明証の記入についてのお願い

下記学生の病状が治癒し、学校保健安全法第19条(出席停止)の基準を経過して通学に支障がないものと認められましたならば、ご証明をいただきたくお願い申し上げます。

感染症治癒証明証

学籍番号：	学生氏名：
病状診断名	
発病年月日	年 月 日
完治年月日	年 月 日

この学生は上記の病状が治癒いたしましたので通学に支障がないことを証明します。

年 月 日

医療機関名および住所：

医師名： _____ ㊞