

主治医殿

学校法人 高村育英会
国際観光専門学校 浜松校
国際医療管理専門学校 浜松校

伝染病疾患の証明ご依頼

時下、ご清祥のことと存じ上げます。

ご多忙中まことに恐縮に存じますが、本状持参の下記生徒の疾患が伝染病のものであり、治療の結果予防上の支障がなくなりましたら、下記証明書にご記入の上、生徒にお手渡しくださいますようお願い申し上げます。

証明書

学科名 _____ 学科 _____ 学年・学籍番号 _____ 年 _____ 番

氏名 _____

病名 _____

発病 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 治癒 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病院名 _____

医師 (サイン又は印) _____