

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、ますますご清祥のことと存じ上げます。

ご多忙中のところ誠に恐縮ですが、本状を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、本人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 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 治癒 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

病院名 \_\_\_\_\_

医師 (サイン又は印) \_\_\_\_\_