

# 治癒証明書

新島学園短期大学 年

学 科 名

学籍番号

ふり 氏が 名 男・女

生年月日 年 月 日生

上記の者は、学校伝染病の（ ）が治癒しましたので、

月 日より登学してよいことを証明します。

\*受診期間（ 月 日～ 月 日まで）

年 月 日

医療機関名 住所

氏名