

治 癒 証 明 書

新島学園短期大学 年

学科名

学籍番号

(ふりがな)

氏 名

男・女

生年月日

年

月

日生

上記のものは、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

印