

登学許可証明書

学籍番号 _____

氏 名 _____

上記の者は、下記の疾病が治癒した（または感染の恐れがない）ので登学が可能であることを証明します。

記

- 1. 病 名 : _____
- 2. 診 断 日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日
- 3. 登学許可 : _____ 年 _____ 月 _____ 日より登学可
- 4. 備 考 : _____

証明日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 : _____ 印

大 学		短 大		
学科長	学生委員長	学科長	学生委員長	
学生総合支援センター				
センター長	事務室長	保健室	係り	係り

受 付 印

受付