

年 月 日

実習許可証明書

優和福祉専門学校校長 殿

学籍番号 _____

氏名 _____

病名 _____

状況

出席停止期間 _____年 月 日 ~ _____年 月 日 日間

実習許可年月日 _____年 月 日

上記の疾患が治癒または感染の恐れがありませんので実習機関へ出席を許可します。

年 月 日

医療機関名

住所

承認	受付

医師名 _____ 印