

年 月 日

## 登校許可証明書

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

登校許可年月日 \_\_\_\_\_ 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登校を許可します。

年 月 日

医療機関名

住所

承認	受付

医師名 \_\_\_\_\_ 印