

主治医 殿

感染症治癒証明書の記入について（ご依頼）

「学校における感染症」に罹患しました、本学学生につきまして、下記証明書にご記入
くださいますようお願い申し上げます。

【問い合わせ先】

山梨学院大学学生センター保健管理室

TEL 055-224-1241

感染症治癒証明書

学籍番号 _____ 氏名 _____

疾患名 _____

出席停止期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記疾患による出席停止が妥当であることを証明します。

年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

医師名

印