

治 癒 証 明 書

東日本調理師専門学校 校長殿

学生氏名 _____

住 所 _____

生年月日 昭和 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

上記の者は、下記の疾患より治癒し、感染のおそれはないことを証明いたします。

1. 疾 患 名 _____

2. 発 症 日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日より加療

3. 通学可能日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日より通学可能

4. 受診した医療機関名及び受診日

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病院名

医 師

印

※登校につきましては、医師の指示に従ってください。