

登校許可証明書

学 校 名 富山市医師会看護専門学校
学科 学年・組 _____
氏 名 _____

上記の者は下記の疾病で加療中のところ、現在症状が軽減し、他への感染の恐れもないと思われるので登校を許可します。

記

疾 患 名 _____

診 断 日 年 月 日

治療期間または出席停止指示期間

年 月 日から

年 月 日まで

年 月 日

医療機関住所

医療機関名

医 師 名

⑩