

通学・出席許可証明書

常葉学園大学 学長 殿

学籍番号

氏名

診断名

出席停止期間

平成 年 月 日 () から

平成 年 月 日 () まで

上記疾患による感染症予防上支障がないので、通学・出席して差し支えないことを証明いたします。

平成 年 月 日

医療機関名

医師名

印