

〔

〕罹患証明書

学校法人中村学園

静岡福祉医療専門学校 校長 殿

氏名 _____

生年月日 昭和・平成 年 月 日

上記患者は、〔 _____ 〕に感染しているものと証明いたします。

症状出現日：令和 年 月 日（発症 0 日）

診 断 日：令和 年 月 日

医療機関名：

医師氏名又は代表者氏名： _____ 印

〔 医師からの注意事項 _____ 〕

連絡・問い合わせ先：中村学園専門学校総合インフォメーション

〒422-8061 静岡市駿河区森下町 4-25 (TEL) 054-280-0173 (Mail) info@can.ac.jp