

# 学校感染症証明書

泉佐野泉南医師会看護専門学校

学籍番号 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

上記学生について、下記の疾患が治癒しましたので、登校可能と認めます。

## 記

・病名 (学校感染症)

・初診

年 月 日

・休養を要した期間

年 月 日～ 年 月 日まで

年 月 日

医療機関名

医師名

⑩