

担 当 医 様

通院証明書について

この度、本校の学生より学校感染症（ ）の届け出がありました。
本疾患は学校保健安全法により出席停止になります。
お手数ですが、下記学生が学校感染症に罹患していた場合、下記証明書にご記入頂きますよう
お願いいたします。

工学科・組 第 学年 (学籍番号)

氏 名

秋田工業高等専門学校

通 院 証 明 書

氏 名

病 名

通院治療及び自宅療養期間

令和 年 月 日 ～ 月 日まで

上記の疾病により、通院治療及び自宅療養したことを
証明します。

令和 年 月 日

医療機関住所

医 療 機 関 名

医 師 名