

# 治癒証明書

山陽学園大学・山陽学園短期大学 様

証明年月日：            年            月            日

医療機関名：

医 師 名：

下記のとおり、治癒したことを証明いたします。

学 籍 番 号	
学 科 名	学科
氏 名	
病 名	
出校停止期間	自 平成    年    月    日 ~ 至 平成    年    月    日
特記事項	

学生は    の箇所へ記入の上、受診した医療機関へ持参すること