

主治医殿

「感染症」の治癒証明書記入について(ご依頼)

「感染症」に罹患した本学学生について、下記証明書にご記入くださいますようお願い申し上げます。

駒澤大学保健管理センター事務室

TEL 03-3418-9635

「感染症」の治癒証明書

学生番号		学部 学科	
氏 名		生年月日	年 月 日

疾患名

上記感染症により医師が治癒のために必要と認めた期間

20 年 月 日 ~ 20 年 月 日

20 年 月 日

医療機関名

住所

TEL

医 師 名

印

保健管理センター確認欄