

東海大学
静岡キャンパス長 殿

治癒証明書

氏 名 _____

学生証番号 _____

記

診断名 _____

出席停止期間： _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記疾患が治癒したため、通学に支障が無いことを認めます。

以上

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

医師名