|  |
| --- |
| **〔　　　　　　　　　　　　　〕罹患証明書** |
| 学校法人中村学園  　静岡福祉医療専門学校　校長　殿  　氏名　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　昭和・平成　　年　　月　　日  上記患者は、〔　　　　　　　　　　　　〕に感染しているものと証明いたします。  症状出現日：令和　　年　　月　　日（発症0 日）  診　断　日：令和　　年　　月　　日  医療機関名：  医師氏名又は代表者氏名： 　　　　　　　　　　　　印  　　医師からの注意事項 |
|  |
| 連絡・問い合わせ先：中村学園専門学校総合インフォメーション  　　　　〒422-8061 静岡市駿河区森下町4-25 (TEL) 054-280-0173 (Mail) info@can.ac.jp |