

# 感染症治癒証明書

氏 名：

上記の学生は、以下の○印を付した感染症に罹患しましたが、  
ことを証明します。

〔 治 癒 し た  
陰性と判明した 〕

感染症名

新型コロナウイルス感染症

療 養 期 間                      年      月      日      ～      年      月      日

記入日                      年      月      日

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_