

通学許可書

山梨県歯科衛生専門学校 第 学年

学生氏名 _____

病 名 _____

通学停止期間 平成 年 月 日 ()
~ 平成 年 月 日 ()

上記の伝染病は治癒したため、通学しても支障のないことを認めます。

平成 年 月 日

医療機関名 _____

医師氏名 _____ (印)