

# 罹患証明書

熊本高等専門学校八代キャンパス

工学科 年 氏名：

1. 診断名： \_\_\_\_\_

2. 受診日： \_\_\_\_\_ 年 月 日

3. 治療期間（※出席停止（登校禁止）の場合はその停止期間）

\_\_\_\_\_ 年 月 日 ～ \_\_\_\_\_ 年 月 日

4. その他（特記事項）：

上記のとおり証明します。

年 月 日

医療機関名：

医 師 名： \_\_\_\_\_ 印