

年 月 日

太陽歯科衛生士専門学校長 殿

学籍番号 名前

学校において予防すべき感染症
治癒通知書

病名

期間 年 月 日() ~ 年 月 日()

上記の通り加療していましたが、集団生活ができる状態になりました。

医療機関名

医 師 名