

健康状態証明書

住所：_____

学科名・氏名：_____

下記のとおり証明します。

記

1 診断結果及び現在の状況

2 学業（各看護学臨地実習を含む）継続への支障の有無とその期間

(1) 講義への出席

① 可 ・ 不可 (該当するものに○印)

②不可の期間： 年 月 日 ～ 年 月 日

(2) 臨地実習への出席

① 可 ・ 不可 (該当するものに○印)

②不可の期間： 年 月 日 ～ 年 月 日

3 日常生活上の留意点・配慮を要する事・指導内容

年 月 日

住 所
医療機関名
電話番号
医師氏名

印