様式第３１号

受　診　証　明　書

日南看護専門学校

学籍番号　　　　　　氏名

　住　　所

下記の病状で受診したことを証明します。

記

　　　受診日　　　　　　年　　　月　　　日

病　状

　疾患名

　指導事項（必要時）

　　　　　　　　　　　平成　　　年　　　月　　　日

　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印