

## 医 証

氏名： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

### 記

頭書の者は、症状や経過などにより（※）、新型コロナウイルス感染症に罹患または感染していることが否定できない。したがって、感染拡大予防の観点から、規定の貴学入試受験日（必ず記載ください）： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日～ \_\_\_\_\_ 日における受験を控えるべきであるとする。

※）補足事項があれば必要に応じて記載ください：

.....

.....

.....

.....

以上

記載日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名： \_\_\_\_\_

医療機関住所： \_\_\_\_\_

医師名（自署）： \_\_\_\_\_