

証 明 書

(高等学校・附属中学校) _____年 _____組 _____番 名前_____

生年月日 平成_____年 _____月 _____日生

病 名 _____

期 間 平成_____年 _____月 _____日～ _____年 _____月 _____日
() 日間

概 要 _____

上記の通り証明致します。

平成 年 月 日

医療機関住所
医療機関名
医 師 名

印