

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 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日
() 日間

概 要

上記の通り証明致します。

20 年 月 日

医療機関住所
医療機関名
医 師 名

印