

# 証明書

大阪学芸中等教育学校

\_\_\_\_年 \_\_\_\_組 \_\_\_\_番 名前 \_\_\_\_\_

【病名】 \_\_\_\_\_

【期間】 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 ~ \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日  
( \_\_\_\_日間)

【概要】 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

上記の通り証明致します。

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

医療機関住所

医療機関名

医師名

印