

証 明 書

_____年_____組_____番 氏名_____

生年月日 平成_____年_____月_____日生

(傷病名)

_____年_____月_____日より、[※] (_____年_____月_____日まで)

_____を要するものとする。

上記の通り証明いたします。

_____年_____月_____日

医療機関名 _____

医 師 名 _____ 印

■主治医様へ

※ () 部分は、可能であればご記入願います。

滋賀県立八日市南高等学校長