

担当医 様

開新高等学校

下記の生徒につきまして、治療の証明をお願い致します。

科 年 組 氏名

治療証明書

記

診断名

〈治療を要する期間〉

自 令和 年 月 日

日間

至 令和 年 月 日

〈その他の指示事項〉

()

以上のことを証明します。

令和 年 月 日

病院名

医師名

