

治 療 証 明 書

島根県立益田翔陽高等学校

生徒氏名 _____

診 断 名 _____

上記疾患のため、平成 年 月 日から平成 年 月 日
まで安静・加療を必要としたことを証明します。

平 成 年 月 日

医療機関名 _____

医 師 名 _____ 印

お手数おかけいたしますが、ご記入をお願いいたします。