

# 証 明 書

滋賀県立草津高等学校

年 組 番 氏名

上記の生徒、診断名 \_\_\_\_\_ により、

\_\_\_\_\_ 年 月 日から \_\_\_\_\_ 年 月 日までの \_\_\_\_\_ 日間、加療を必要と認めます。

連絡事項・注意事項などありましたらご記入願います。

上記のとおり証明致します。

平成 年 月 日

医療機関名

医 師 名

印