

罹患証明書

滋賀県立甲西高等学校

_____年_____組_____番 氏名_____

傷病名 _____

上記の疾患により

令和_____年_____月_____日（_____）より

令和_____年_____月_____日（_____）まで

休養、加療を要するものと認めます。

令和_____年_____月_____日

医療機関名

医 師 名

印