

証 明 書

生徒氏名 (生年月日)	科 年 氏名 (西暦 年 月 日生 (歳)
診 断 名	
療養期間	自 年 月 日 (曜日) 至 年 月 日 (曜日)
<p>上記病名により、この期間休養治療が必要であることを証明します。</p> <p>(西暦) 年 月 日</p> <p>医療機関住所</p> <p>医療機関名</p> <p>医師名</p>	