

# 診断証明書

滋賀県立玉川高等学校

年 組 名前

診断名

上記のため、 年 月 日から 年 月 日まで

( 休養 ・ 加療 ) を必要としたことを証明いたします。

付記 なし ・ あり

年 月 日

医療機関名

医 師 名

印

滋賀県立玉川高等学校長 様

上記の通りであったことを報告いたします。

年 月 日

保護者名

印

※保護者の自署により押印に代えることができます