

診 断 証 明 書

滋賀県立玉川高等学校

年 組 氏名

診 断 名 _____

上記のため、平成 年 月 日 から 平成 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

平成 年 月 日

医療機関名

医 師 名 ⑩

滋賀県立玉川高等学校長 様

上記のとおりであったことを確認いたします。

平成 年 月 日

保護者氏名 ⑩

*保護者の自署により押印に代えることができます