

通院証明書

島根県立益田高等学校長

年 組
氏名

1. 病 名

2. 療養期間

自 年 月 日
至 年 月 日

上記のとおり（病院・自宅）において、安静・加療したことを証明します。

年 月 日

主治医氏名

印

◎お手数をおかけいたしますが、ご記入よろしくお願ひします。