令和　　　年　　　月　　　日

真和中学・高等学校長

芥川　隆淨　様

医療機関名

診断医師名　　　　　　　　　　　　　　　 　　印

診 療 証 明 書

中学・高校　　　年　　　　組　　氏名

上記の者を診察した結果，下記のとおり治療が必要です。

疾病名

（治療期間　令和　　　年　　　月　　　日　～令和　　　年　　　月　　　日）