

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)