

# 証 明 書

滋賀県立大津清陵高等学校 \_\_\_\_\_ 組 氏名 \_\_\_\_\_

上記の者は、下記傷病名で加療いたしました。次の通り証明いたします。

## 1. 傷病名

\_\_\_\_\_

## 2. 出席停止期間および本人・学校への指示

出席停止の期間

年 月 日 から 年 月 日 まで

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

滋賀県立大津清陵高等学校長様

年 月 日

医師

印