

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