

様式 1

令和 年 月 日

主 治 医 様

滋賀県立膳所高等学校
校 長 横井 正弘

平素は、学校保健に御協力を賜りお礼申し上げます。過日、御高診いただきました生徒につきまして、御多用中誠に恐縮ですが、下記の用紙にご記入をお願い申し上げます。

-----キリトリセン-----

証 明 書

滋賀県立膳所高等学校
年 組 番

氏名 _____
平成 年 月 日生

病名 _____

上記の病気のため、 月 日から 月 日までの 日間の休養を要することを認めます。

上記の通り証明いたします。

令和 年 月 日

医療機関名

医 師 名