

令和 年 月 日

主治医 殿

滋賀県立膳所高等学校
校長 小島 秀樹

平素は、学校保健に御協力を賜りお礼申し上げます。
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。

-----切り取り線-----

証 明 書

滋賀県立膳所高等学校
年 組 番

氏 名 _____

生年月日 平成 年 月 日

病 名 _____

上記の病気のため、____月 日 ~ ____月 日までの ____日間の休養を要する事を
認めます。

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

医療機関名 _____

医 師 名 _____