

# 受診証明書

氏名

---

生年月日 平成 年 月 日生

1 診断名

---

2 附記

---

3 期間

---

初診日 平成 年 月 日

再診日 平成 年 月 日

通院加療期間 平成 年 月 日～ 年 月 日

手術日 平成 年 月 日

入院治療期間 平成 年 月 日～ 年 月 日

上記のとおり証明します。

平成 年 月 日

医療機関名

医師名

印

この証明書は、本校における出欠席や成績の取扱いの証明に使用します。