

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 令和 年 月 日

再診日 令和 年 月 日

通院加療期間 令和 年 月 日～ 年 月 日

手術日 令和 年 月 日

入院治療期間 令和 年 月 日～ 年 月 日

上記のとおり証明します。

令和 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。