

証 明 書

滋賀県立大津高等学校 _____年 _____組 _____番

氏 名 _____

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。

以上の通り証明いたします

令和 _____年 _____月 _____日

医療機関名

医 師 名