

# 診断証明書

(外科用)

京都翔英高等学校

年 組 番

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 年 月 日生

診断名 : \_\_\_\_\_  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

治療期間

令和 年 月 日から

令和 年 月 日までを治療期間とします。

京都翔英高等学校長 殿

令和 年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ ㊞