

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 _____ ㊞