

診断証明書

年 組 氏名

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

病名

_____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日まで

出席停止を要すものとする。

上記の通り証明いたします。

年 月 日

医療機関名

医師名

印