

治 療 証 明 書

_____年_____組_____号

氏名_____

1 傷病名 : _____

2 療養（体育見学・考査欠席）を必要とする期間 :

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

上記の通り証明します。

_____年_____月_____日

病院名

医師名

印