主治医　様

日頃より大変お世話になっております。
定期考査中の傷病について証明が必要です。
つきましては、下記証明書にご記入ください。

証 明 書（考査用）

熊本県立熊本農業高等学校　　年　　科

生徒名

1　病　名

2　指示事項

自宅療養を要する期間

月　　日から　　日間程度

3　その他

令和　　年　　月　　日

主治医　　住所

病院名

医師名　　印