

(様式1)

罹患証明書

滋賀県立水口東中学校・高等学校長 様

学年 組 _____ 年 _____ 組

生徒氏名 _____

病名 _____

上記により、休養・加療を必要とする期間

自 _____ 年 _____ 月 _____ 日

至 _____ 年 _____ 月 _____ 日

_____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関 _____

所在地 _____

医師氏名 _____ 印