

証明書（意見書）

滋賀県立野洲高等学校

年 組 氏 名 _____

平成 年 月 日 生

病 名 _____

上記疾患のため

月 日 から 月 日までの _____ 日間

（ 出席停止 欠席 体育見学 水泳禁止 ）

を必要とします。

平成 年 月 日

医師住所 _____

医師氏名 _____ 印