# 証明書（意見書）

滋賀県立野洲高等学校

年　　組　名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

年　　月　　日生

病傷名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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

医療機関名

住所

医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印