

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