

証 明 書

滋賀県立彦根翔西館高等学校
第 学年 組 番
氏名

平成 年 月 日生

診 断 名 :

期 間 :

付 記 :

上記の通りであることを証明します。

平成 年 月 日

医療機関名

医 師 名

印