

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。

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

印