

病気・ケガによる欠席に関する証明書

大阪府立夕陽丘高等学校

年 組 番 生徒氏名

*診 断 名

* 上記疾病で、平成 年 月 日から

平成 年 月 日までの 日間、

加療中でした。

よって、ここに証明します。

平成 年 月 日

住 所

医 師

氏 名

印