

通院届

大阪府立佐野工科高等学校長 殿

通院生徒氏名

第一学年 組 番

上記の生徒は、 のため、

平成 年 月 日 時 分ころ通院したことを

証明します。

(上記疾病により向後 間 加療を要します。)

平成 年 月 日

医院（病院）所在地：

医師名： 印