

受診証明書

杉並学院高等学校

- 年 組 氏名 _____
- 診断名 _____
- 治療期間 年 月 日 () ~ 年 月 日 () _____

上記のように診断・治療を受けたことを証明します。

_____ 年 月 日

医療機関名 _____

医師名 _____ 印