

証明書

名古屋市立工芸高等学校学校長 様

_____ 年 _____ 科 _____ 番

生徒氏名 _____

病名 _____

上記疾患のため、_____ 月 _____ 日 から _____ 月 _____ 日まで

安静治療の必要性を認めます。

上記の通り証明いたします。

令和_____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

医師氏名