



開志国際高等学校長 様

診断(治療)証明書

_____ コース 年 組 氏 名 _____

_____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

_____ 性 別 _____ 男 _____ 女

病 名 等

治療に要する日
平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
(_____ 日間)

上記のとおり診断 (証明) いたします。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病院名

担当医師

印

校 長	教 頭	担 任	養 護