

開志国際高等学校長 殿

## 診断(治療)証明書

コース \_\_\_\_\_ 年 組 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

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	副校長	教頭	教頭	教務	担任	保健