

証 明 書

科 _____ 専攻 _____
年 _____ 組 _____ 番 _____ 学籍番号 _____
氏名 _____

(病名)

年 _____ 月 _____ 日より、 月 _____ 日 _____ 日まで

出席停止を要するものとする。

上記のとおり証明いたします。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

医師名 _____ (印)