

# 証 明 書

科 \_\_\_\_\_ 専攻 \_\_\_\_\_  
年 \_\_\_\_\_ 組 \_\_\_\_\_ 番 \_\_\_\_\_ 学籍番号 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_

欠席期間 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ 月 \_\_\_\_\_ 日

下記の通り証明します。

(病 名)

年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名

医師名 \_\_\_\_\_ ⑩