

各医療機関 様

岐阜県立加納高等学校

証明書記入のお願い

この用紙を持参した生徒は、疾病等のために、定期考査を受験できなかった生徒です。
貴院を受診したことを証明していただきますよう、よろしくお願いいたします。

証明書

岐阜県立加納高等学校

年 組 番 氏名

上記の者は、以下の病名等のため、 月 日 () に当院を受診しましたので
証明します。

病名等

令和 年 月 日

医療機関

担当医師

印