

証 明 書

岐阜県立海津明誠高等学校長 様

学年・組	第	学年	組	番
住	所			
氏	名			

* 上記枠内を記入し医療機関へ提出してください。

上記の者について、下記のとおり証明します。

記

病 名 等

令和 年 月 日

医療機関名