

診 断 証 明 書

下記の生徒は、以下の傷病について加療、経過観察中です。ここに証明いたします。

記

氏名 _____

傷病名	
-----	--

治療開始日	令和 年 月 日 () ~
-------	----------------

配慮事項	

令和 年 月 日

医療機関名

医師名 _____ 印

(日本大学習志野高等学校)