

# 通院・治療証明書

年 組 番氏名

---

< 傷病名 >

---

上記傷病により、平成 年 月 日～平成 年 月 日の安静、治療を要す。

平成 年 月 日

愛知県立大府高等学校長殿

医療機関

医師名

印

※ゴム印可