

受診証明書

福岡県立伝習館高等学校長 殿

福岡県立伝習館高等学校

____年____組____番 氏名_____

1 病 名

--

2 治療・療養期間

令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

3 特記事項

--

上記の疾患により、本医院を受診したことを証明します。

令和 年 月 日

住所

病院

医師

印