

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