

主治医 殿

東京都立文京高等学校

年 組 氏名

(生年月日 平成 年 月 日生)

上記の者が貴院に加療中でしたが、治癒したと認められましたら、証明をお願い致します。

証 明 書

病名:

出席停止期間 : 平成 年 月 日 ~ 月 日

上記の疾患で加療中でしたが、治癒したことを証明いたします。

平成 年 月 日

住所

医師氏名

印