

# 診断証明書

菊池女子高等学校

科 年 氏名 \_\_\_\_\_ 平成 年 月 日生  
( 歳)

住所

---

診断名	
出席停止を要する期間	
平成 年 月 日から	
平成 年 月 日まで	

上記の通り診断したことを証明いたします。

平成 年 月 日

医療機関

〒

---

医師 \_\_\_\_\_

印