

年 月 日

主治医 様

滋賀県立八日市高等学校

罹患証明依頼書

滋賀県立八日市高等学校 年 組 番 が、
年 月 日 ～ 月 日 まで本校を欠席しましたので、
その事由を証明して頂きたい、下記証明書に記入して下さいます様、お願い致します。

証明書

学 校 名	滋 賀 県 立 八 日 市 高 等 学 校
患 者 名	
疾 患 名	
療養(治療)を 必要とした 期 間	年 月 日 ～ 月 日
備 考	

上記の通り証明します。

年 月 日

主治医 住 所

名 前

印