

年 月 日

京都教育大学附属高等学校長 殿

証 明 書

氏 名 (年 組 番)
年 月 日生

上記の者について、以下の病気（症状）により

- ・加療、安静等の処置を要したこと。
- ・今後も加療・安静等の処置を要すること。

を証明します。

1. 病名（症状）

2. 加療等の期間

年 月 日～ 月 日

3. 所 見

病院（医院）名

担当医師名

⑩

*なお、本証明は本校での出席関係の資料としてのみ使用します。