

沖縄県立本部高等学校 校長 殿

# 受診証明書

\_\_\_\_年 \_\_\_\_組 \_\_\_\_番

生徒氏名 \_\_\_\_\_ 男 ・ 女

診断名	
出席停止期間	平成 ____年 ____月 ____日 ~ 平成 ____年 ____月 ____日
備考	

平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

医療機関名

医師名

印