

【学校提出用】

受診証明書

茨城県立石岡第二高等学校長 殿

生徒氏名 _____ 年 _____ 組 氏名 _____

上記の者、平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日に、受診したことを証明します。

(診断名 _____)

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 _____

医師氏名 _____ 印