

# 証 明 書

名古屋市立西陵高等学校長 様

( 年 組 番) 生徒氏名 \_\_\_\_\_

病 名 \_\_\_\_\_

上記疾患のため、 月 日から 月 日まで

安静治療の必要性を認めます。

上記のとおり診断いたします。

\_\_\_\_\_ 年 月 日

医 師

印