

証 明 書

年 組 番

氏 名

生年月日 20 年 月 日

病 名

上記疾患にて 20 年 月 日より

月 日までの期間自宅療養を指示する。

以上 証明いたします。

20 年 月 日

医療機関名

医師名

印

保護者名

印

保護者が証明される場合は、医療機関での受診及び内容がわかるよう、領収書及び医師が処方した薬がわかる書類（写しも可）を添付してください。

※考査中に関しては医師の証明を必要とする。