

証 明 書

滋賀県立大津商業高等学校

年 組 番 氏名

病 名

上記疾患のため、

平成 年 月 日から

平成 年 月 日までの 日間

休養を必要とします。

平成 年 月 日

医師住所

医師氏名

印