加 療 証 明 書

滋賀県立草津高等学校

年　　組　　番　生徒名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記の生徒、診断名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿により、

令和　　年　　月　　日から　令和　　年　　月　　日までの間、

加療を必要と認めます。

連絡事項・注意事項などありましたらご記入願います。

上記のとおり証明いたします。

令和　　年　　月　　日

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医　師　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

担任確認印	教務確認印