

証明書

大阪商業大学高等学校

年 組 番 名前

年 月 日 生

傷 病 名

上記の者、頭書の病症により

自 月 日

日間の

至 月 日

1. 安静 2. 通院 3. 入院

したことを証明する

平成 年 月 日

住 所

病・医院名

医 師 名

印

(お願い) お手数ですが、治療（診察・検査）の結果の記入と押印をいただきたく
お願い申し上げます。