

受診証明書

罹患者 甲陵高等学校（ ）学年

氏名 _____

病名	
----	--

上記疾患により、平成 年 月 日、本院で受診したことを証明いたします。

平成 年 月 日

医療機関 名称

住所

担当医師名

印