



担任印	教務印

各医療機関様へお願い

試験期間中の欠席は、医師の証明を必要とすることとしていますので、恐れ入りますが、ご記入の上、生徒にお渡しくくださるようお願い申し上げます。

奈良女子大学附属中等教育学校長

奈良女子大学附属中等教育学校長殿

罹患証明書

1. 氏名 _____

2. 疾病名 _____

3. 罹患期間

_____年 _____月 _____日 (_____曜) ~ _____年 _____月 _____日 (_____曜)

上記の証明をします。

_____年 _____月 _____日

医療機関名
住所
医師氏名

[_____]
印

上記証明を得たので、お届けします。

_____年 _____月 _____日

_____年 _____組 _____番 生徒氏名 _____

保護者氏名 _____ 印