

受 診 証 明 書

福岡県立福岡中央高等学校

.....年.....組.....番 名前.....

生年月日 平成.....年.....月.....日生

病 名

.....

期 間 令和.....年.....月.....日～令和.....年.....月.....日

(.....) 日間

概 要

.....

.....

上記の通り証明致します。

令和.....年.....月.....日

医療機関住所

医療機関名

医 師 名

印

※ 医療機関独自の書式でも可