

診察結果のお知らせ

愛媛県立野村高等学校 年 組 番

氏 名

上記の者は 〃 の病名により

約 〃 日間の安静・加療を必要とすることを証明します。

<付記>

.....
.....
.....

治療開始年月日 令和 年 月 日

令和 年 月 日

医療機関名

医 師 名

印