罹患証明書

学籍番号： _____ 氏名： _____ ※本人記入

診断に基づき、一定期間の療養が必要であることを証明します。

診断名： _____

診断内容：

療養期間： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

年 月 日

医療機関名

医師名

印