

傷病証明書

弓削商船高等専門学校

氏 名

性 別 男 ・ 女

生年月日 平成 年 月 日

傷病名

初診日 令和 年 月 日

治療見込日数 (日間)

傷病のため出席できないと認められる期間

自 令和 年 月 日

至 令和 年 月 日

その他

上記のとおり証明する

令和 年 月 日

所 在 地

医療機関

医 師 名

印