

----- き ----- り ----- と ----- り ----- せ ----- ん -----

診断・証明書

岩国市立東小学校

住 所 _____

氏 名 _____ 男・女

生年月日 平成 年 月 日 (年 組)

病 名

休養期間 自 平成 年 月 日

至 平成 年 月 日 日間

医師 住所
氏名

※ この診断書の代金は200円です。