

沖縄県立南風原高等学校校長 殿

証 明 書

年 組 番 氏名

診 断 名	
今 後 の 処 置	
学校への 指示・指導等 (運動制限の程 度・期間や、登 校可能日等を 記入)	

平成 年 月 日

医療機関名

医師名

印

* ご高診ありがとうございました。学校での保健管理に役立てたいと思います。