

登校許可証明書

名前 _____

学年・組 大阪桐蔭中学・高校 年 組

病名 _____

上記の者は、 月 日から 月 日まで加療を要した。
月 日より登校を許可する。

平成 年 月 日

医療機関名 _____

医師氏名 _____ 印

■医療機関の方へ

お手数ですが、本証明書を作成していただけますようお願い致します。

大阪桐蔭中学校・高等学校
大東市中垣内3-1-1
TEL 072-870-1001