

傷病に関する証明書

京華中学・高等学校

年 組 番 氏名

(医師記入欄)

傷病名

上記疾患のため、

年 月 日 から 年 月 日 まで

(または) 日間・週間・ヶ月間

【 自宅療養 入院 運動禁止 運動制限※ 】を必要とします。

※ 【運動制限】の場合、制限すべき内容を具体的にご指示ください。

例：マラソン禁止、球技禁止、ランニングは可 など

()

年 月 日

医療機関名

所在地

医師名

印