

病 欠 証 明 書

石川工業高等専門学校

本人記入欄	学 籍 番 号	
	学 年 ・ 学 科	年 学 科
	氏 名	
	生年月日 ・ 年 齢	H 年 月 日 (才)

診 断 名 _____

上記の疾病により、 年 月 日 から

入院 ・ 加療 要する

日間の を ことを証明する。

療養 要した

年 月 日

住 所

医療機関名

電 話 番 号

医 師 名

印