

証 明 書

山梨県立盲学校

部

氏 名

生年月日

傷 病 名

上記傷病にて、平成 年 月 日より加療を開始し、

平成 年 月 日より登校を許可します。

上記の通り、証明いたします。

平成 年 月 日

医療機関名

医師名

印