

病 欠 証 明 書

石川工業高等専門学校

学 籍 番 号	
学 年 ・ 学 科	年 学 科
氏 名	
性 別	男 ・ 女
生年月日 ・ 年 齡	S ・ H 年 月 日 (才)

診 断 名 _____

上記の疾病により、平成 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

平成 年 月 日

住 所

医療機関名

電 話 番 号

医 師 名 印