

# 証 明 書

学習院中等科 \_\_\_\_年\_\_組\_\_\_\_番 氏名\_\_\_\_\_

生年月日 平成\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

状 況 (該当するものに○)

	疾 病 名	障 害 の 部 位
	骨 折	
	外 傷	
	その他 [ _____ ]	

上記事由により、運動制限が必要であることを証明します。

運 動 制 限 期 間

自 平成\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

至 平成\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

平成 年 月 日

医 療 機 関 名

医 師 名

印