

証 明 書

愛媛県立宇和島東高等学校長 様

学年・組・番号	第 学年 組 (番)
氏 名	
生年月日	平成 年 月 日
住 所	
病 名	
出席停止期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日

附記

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

医療機関名

医 師 名

印