

# 証 明 書

平成 年 月 日

愛媛県立南宇和高等学校長 様

病院名

御芳名

印

クラス・番号	年 組 番
氏 名	
保 護 者 名	
病 名	
診 断 日	
附 記	<p style="text-align: center;">上記の疾病により（                      ）日程度の療養を要する。</p> <p style="text-align: center;">※その他特記すべき事項がありましたら、ご記入ください。</p>

（備考）※考查欠席の場合に担任が記入

欠 試 日	時 限	科 目 名	担 当 教 員 印	欠 試 日	時 限	科 目 名	担 当 教 員 印
/ ( )				/ ( )			
/ ( )				/ ( )			
/ ( )				/ ( )			
/ ( )				/ ( )			
/ ( )				/ ( )			

（担任記入欄）

出席停止の期間			
平成	年	月	日 ( ) 限
}			
平成	年	月	日 ( ) 限