

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	上記の疾病により（ ）日程度の療養を要する。 ※その他特記すべき事項がありましたら、ご記入ください。

(担任記入欄)

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