

証 明 書

令和 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
令和 年 月 日 () 限
}
令和 年 月 日 () 限