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  | 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。  |

(備考)※考査欠席の場合に担任が記入



|  |
| --- |
| 出 席 停 止 の 期 間  |
| 令和 　年　 月 　日（ 　 ） 限  ～令和　 年 　 月　 日（ 　 ） 限  |

（ 担任記入欄 ）