

# 出席停止証明書

愛媛県立松山南高等学校砥部分校

年 組 番 氏名

1 病名\_\_\_\_\_

2 療養を要する期間

平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

上記のとおり証明します。

平成 年 月 日

医療機関名 印