

証 明 書

年次	組	番	氏名
病 名			

上記理由により () 月 () 日より、() 月 () 日まで

休養を要する
に ことを証明します。
休養を要した

令和 年 月 日

愛媛県立北条高等学校長 様

医療機関名 _____

医 師 名 _____ 印