

# 診療証明書

愛媛県立北宇和高等学校

年 組 番 氏名

病 名

附 記

出席停止の期間 自 令和 年 月 日

至 令和 年 月 日

上記のとおり証明する。

令和 年 月 日 医療機関名

医 師 名 印

( 以 下 は 保 護 者 記 入 欄 )

令和 年 月 日

出席停止扱願

愛媛県立北宇和高等学校長 様

保護者氏名 印

上記の証明書により、出席停止の取り扱いをお願いします。

期 日	令和 年 月 日 ( ) 時限目より 令和 年 月 日 ( ) 時限目まで 計 日 時間
備 考	

教務課長	保健主事	養護教諭	担 任

記入