

証 明 書

平成 年 月 日

愛媛県立松山商業高等学校長様

病院名
医師名 _____ 印

学年組 第 学年 組 番

氏 名 _____

診断名 _____

出席停止の期間

自 平成 年 月 日

至 平成 年 月 日

所見及び生活上の注意点

※クラス担任の方へ

出席停止の期間が、出席簿と合っているか確認していただき、間違いがなければ
右の□押印欄に押印をお願いします。

HR 担任印