

証 明 書

令和 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 _____

所見及び生活上の注意点

※クラス担任の方へ

確認後、右の□押印欄に押印をお願いします。

HR 担任印