

出席停止証明書

愛媛県立今治工業高等学校長 様

第 学年 組 番 氏名 男 ・ 女

生年月日 平成 年 月 日 生

住所

病名

出席停止の期間

平成 年 月 日 から

平成 年 月 日 まで () 日間

指導事項

上記のとおり証明します。

平成 年 月 日

病院名

医師名 印