

校 長	教 頭	教 務	養護教諭	担 任

愛媛県立上浮穴高等学校長 様

## 出 席 停 止 証 明 書

年 組 氏名

年 月 日 生

住所

保護者名

記

1 病名

2 欠席を必要とする期間

令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

3 学校生活での生活規制

上記のとおり証明する。

令和 年 月 日

病院名

主治医名

印