

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 番

生徒氏名

記

療養を必要とする期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
病 名	
出席停止後の 学校での生活規制	

上記のとおり証明する。

令和 年 月 日

病院名

主治医名

印