

証 明 書

年次	組	番	氏 名
病 名			

上記理由により（ ）月（ ）日から、（ ）月（ ）日まで

休養を要する
に ことを証明します。
休養を要した

令和 年 月 日

愛媛県立北条清新高等学校長 様

醫師名 _____ 印 _____

所在地_____