

# 証 明 書

愛媛県立松山工業高等学校長様

第 学年 科 番 氏名

病 名

欠席の期間

(療養に要する期間) 令和 年 月 日から

令和 年 月 日まで

上記の疾病のため、安静治療を必要と認めます。

令和 年 月 日

医療機関・医師名

印

H R 担任確認欄 (欠席欠課期間を記入してください。)

令和 年 月 日 限～ 令和 年 月 日 限

校 長	教 頭	教 頭	養護教諭	教務課	HR 担任