|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 校長 | 教頭 | 教務課長 | 学年主任 | 担任 |
|  |  |  |  |  |  |

受診証明書

愛媛県立新居浜商業高等学校長　様

 受診者　　　　　年　　　組　　　番　　氏名

 診断名

　上記の疾患のため

　　　令和　　　年　　　月　　　日 から 令和　　　年　　　月　　　日 まで

 　　　　　日間の静養を必要と認めます。

令和　　　年　　　月　　　日

病院名

医師名