

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 _____