

# 証 明 書

山口県立下松高等学校

\_\_\_\_年 \_\_\_\_組 氏名 \_\_\_\_\_

平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日生

- ・ \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 ( \_\_\_\_曜日 ) より \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 ( \_\_\_\_曜日 ) まで休養治療の要あり
- ・ \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 ( \_\_\_\_曜日 ) より登校許可
- ・ \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 ( \_\_\_\_曜日 ) 治癒

( 病 名 \_\_\_\_\_ )

上記のとおり証明します

平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

住 所

病院名

医師名