

担任	保健

有田中央高等学校長 様

出席停止証明書

____年____組____番 氏名_____

1. 病名 (_____)

2. 期間 自 平成____年____月____日

至 平成____年____月____日

(_____日間)

上記の者、診断の結果標記病名により出校停止措置をしてください。

平成____年____月____日

診断医師名 _____ ㊞