

愛媛県立松山南高等学校長 殿

証 明 書

年 組 氏名 _____

生年月日 _____ 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病名 _____

自 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

至 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記のとおり証明する。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

主治医 (医療機関名) _____ 印