**証明書**

愛媛県立川之石高等学校

　　　年次　　組　　番　　氏名

　診断名：

付記

令和　　　年　　　　月　　　　日

医療機関名

医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

※　学校記入欄

　上記の者は下記の期間を出席停止とする。

　期間：令和　　年　　月　　日（　　）　～　令和　　年　　月　　日（　）

令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　愛媛県立川之石高等学校長