

出席停止証明書

愛媛県立今治西高等学校

第 _____ 学年 _____ 組 _____ 番

氏名 _____

生年月日 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

病名 _____

上記の疾病は学校伝染病のため、_____ 月 _____ 日から _____ 月 _____ 日まで登校を
停止し、静養を必要と認めます。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病 院

医師名 _____ (印)