

# 証 明 書

愛媛県立今治北高等学校（大三島分校）

受診者 \_\_\_\_\_年 1 組 \_\_\_\_\_番 氏名\_\_\_\_\_

(生年月日 平成\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日生)

病 名 \_\_\_\_\_

期 間 令和\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 より 令和\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日まで

注意事項等 \_\_\_\_\_

令和\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

病院名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_印