

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