

# 証 明 書

氏 名 \_\_\_\_\_

上記のもの病名 \_\_\_\_\_

により \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日まで \_\_\_\_\_ 日間

登校停止を必要と認む。

上記のとおり証明いたします。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医 師 \_\_\_\_\_

⑩