

証 明 書

(学校感染症等)

山口県立下松工業高等学校

科 年 番

氏 名

月 日より 月 日まで休養治療の必要あり

月 日より登校許可

月 日 治癒

(診断名 )

上記のとおり証明します。

平成 年 月 日

住所

医師名

印