

病 欠 証 明 書 (感染症以外)

山口県立宇部中央高等学校長 様

第 年次 組 番

住 所

生徒氏名

平成 年 月 日生

1. 病 名

2. 安静加療の期間

自 令和 年 月 日
(日間)
至 令和 年 月 日

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

住 所

医療機関名

医 師 名