

証 明 書

山口県立宇部中央高等学校長 様

定時制 第 学年 番

住 所

氏 名

平成 年 月 日生

1. 病 名

2. 安静加療の期間

自 平成 年 月 日
(日間)
至 平成 年 月 日

上記のとおり証明します。

平成 年 月 日

住 所

医師名

印