

# 証 明 書

備前市立日生西小学校 年 組

氏 名 \_\_\_\_\_

病 名 \_\_\_\_\_

出席停止期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで

上記疾病の治癒したことを証明します。

※学校への指示事項等

[ \_\_\_\_\_ ]

平成 年 月 日

医療機関名

医師氏名

印