

証 明 書

愛媛県立今治北高等学校

受 診 者 _____ 年 組 番 氏名 _____
(生年月日 平成 年 月 日 生)

病 名 _____

期 間 令和 年 月 日 より 令和 年 月 日まで

注意事項等 _____

令和 年 月 日

病院名

医師名 _____ 印