

定期考査欠席証明書

学校名 愛媛県立新居浜東高等学校

年 組 番 氏名

疾病名

上記の理由により（ ）月（ ）日より（ ）月（ ）日までの間、休養を要する（要した）ことを証明します。

令和 年 月 日

主治医 ⑩

※主治医の署名・押印がなければ、通院を証明するもの（領収書、処方箋など）を添付してください。