

病欠証明書

学校名	石川県立金沢向陽高等学校		
H・性別	H	男・女	
生年月日	H	年	月 日 生
氏名			
住所			
病名 _____			
上記の疾病により平成 年 月 日より約 日間の休養を 要する・要した ことを証明する。			
平成 年 月 日			
住所			
医療機関名			
電話番号			
医師名			

* この証明書は学校感染症による出席停止の証明に用いるものとする。