

証 明 書

学 校 名 松山学院高等学校

学 年 ・ 組 _____ 年 _____ 組 _____ 番

氏 名 _____

生 年 月 日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

疾 患 名 _____

附 記
.....
.....
.....

自宅療養が必要な期間

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日まで

上記の通り証明します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関

医 師 名

印