

分 校 長	教務課長	養護教諭	H R 担任

(上記欄は学校側で使用いたします。)

証 明 書

愛媛県立今治西高等学校（伯方分校）

第 学年 組 番 氏名 _____

診 断 名 _____

期 間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで

- ※ 治療及び療養を要する期間
- ※ 学校保健安全法施行規則第 18 条で「学校において予防すべき感染症」と規定されている感染症については、感染のおそれがないと認められる期間

注意事項等 _____

令和 年 月 日

病 院

医師名 _____ ㊞