

欠席・出席停止証明書

滋賀県立草津東高等学校学校長様

学年 組 _____ 年 _____ 組

生徒氏名 _____

病名 _____

上記により欠席・出席停止を必要とする期間

自 令和 年 月 日

至 令和 年 月 日

令和 年 月 日

医療機関 _____

所在地 _____

医師氏名 _____ (印)