

治 ゆ 証 明 書

平成 年 月 日

多可町立八千代北小学校
学校長 白石 守 様

医師名

⑩

学 年
児童生徒氏名

年

上記の者は ()で

月 日 より 出席停止のところ、

月 日 治ゆ したことを証明します。