

# 治 ゆ 証 明 書

平成 年 月 日

多可町立八千代南小学校長様

医師名

印

学 年 \_\_\_\_\_ 年

児童氏名 \_\_\_\_\_

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。