証　明　書

熊本県立八代清流高等学校

　　　年　　　　組　　　号　氏名

１　傷病名

|  |
| --- |
|  |

２　指示内容

|  |
| --- |
|  |

３　安静もしくは加療機関（出席停止の場合はその停止期間）

　　令和　　年　　　月　　　日　より　令和　　　年　　　月　　　日まで

　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　医療機関名

医　師　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印