

証 明 書

令和 年 月 日

FC 今治高等学校明德校
学 校 長 様

医療機関名 _____

医師名 _____ 印

受診者 _____ 年 組 番 氏名 _____

診断名 _____

期 間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで、
自宅療養を要す。
以上 証明する。

証 明 書

令和 年 月 日

FC 今治高等学校明德校
学 校 長 様

医療機関名 _____

医師名 _____ 印

受診者 _____ 年 組 番 氏名 _____

診断名 _____

期 間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで、
自宅療養を要す。
以上 証明する。