

証 明 書

サビエル高等学校

_____年_____組 氏名_____

平成 _____年 _____月 _____日 生

病名

令和 _____年 _____月 _____日より 令和 _____年 _____月 _____日迄
自宅安静を要したことを証明いたします。

令和 _____年 _____月 _____日

住所

医師名

印