

病 欠 証 明 書

学 校 名	石 川 県 立 金 沢 錦 丘 中 学 校
学 年 組	年 組
氏 名	
住 所	
病 名 _____	
上記の疾病により 年 月 日より 約 日間の休養を要する・要した ことを証明する。	
平成 年 月 日	
住 所	
医療機関名	
電話番号	
医師名	
印	

但し、この証明書は感染症による出席停止の際の証明にのみ用いるものとする。