

証 明 書

草津市立矢倉小学校 _____ 年 _____ 組

氏 名 _____

上記のもの、病名 _____ により、
_____ 月 _____ 日から _____ 月 _____ 日まで、 _____ 日間登校停止
を必要と認む。

上記のとおり証明いたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関

医 師

⑩