|  |
| --- |
| 証　明　書  あさぎり町立上小学校  第　　学年　　組　氏名  上記の者は、下記理由により次のとおり出席を停止する必要  があることを証明します。    記  1 理由  2 　期間　　　平成　　年　　月　　日より  　　　　　　 平成　　年　　月　　日まで（　　日間）  　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日    医師名　　　　　　　　　　　　印 |