|  |
| --- |
| 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 |