

# 証 明 書

山口県立宇部工業高等学校

科 年 番

氏名 \_\_\_\_\_

1. 傷病名

2. 療養期間 月 日 から 月 日  
( 日間)

上記のとおり証明します。

平成 年 月 日

医療機関

医 師 名

印