## 証明書

大洲	市立新名	\$中学校		年	組	番		
	<u>E</u>	氏名						
	病名							
上記の	疾病に、	かかってい	いる(た	かかってい	いる疑いが	ある)	ことを証	明する。
۸ ۲	Æ	ы	п					
令和	年	月	日					

医療機関名

印