

# 証 明 書

栃木県立足利高等学校長 様

年 組

生徒氏名 \_\_\_\_\_

病名 \_\_\_\_\_

治 癒

略 治

加療中

出席停止の期間 月 日 ～ 月 日

出 校 (可・不可)

プール使用 (可・不可)

体育見学

上記のとおり証明します。

平成 年 月 日

医師氏名

印