

# 証 明 書

栃木県立足利中央特別支援学校長 様

小 中 高 学部 年

児童生徒名 \_\_\_\_\_

病 名 \_\_\_\_\_

治 癒

略 治

加 療 中

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

医療機関名

医師名

印

-----  
<保護者の方 記入欄>

- ・発病の日はいつですか? 月 日
- ・家族で同じ疾病にかかった人は? いる (誰ですか? ) ・いない
- ・原因と思われることは何ですか? 学校・家族・友人・その他 ( )