

# 証 明 書

栃木県立今市高等学校

年 組 氏 名 \_\_\_\_\_

・ 病 名 \_\_\_\_\_

・ 発病日及び出席停止期間 月 日 ~ 月 日

・ 家族内同一患者の有無 有 ・ 無

・ その他 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

上記のとおり証明します。

平成 年 月 日

医療機関名