

証 明 書

栃木県立那須特別支援学校長 様

部 年 組

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

出席停止期間 月 日 ~ 月 日

上記のとおり証明します。

平成 年 月 日

医師名

印