

# 証 明 書

栃木県立小山高等学校長 様

年 組 番

生徒氏名

病 名

発病の日 年 月 日

出席停止期間 年 月 日 ~ 年 月 日

上記の疾病において治癒したことを証明します。

平成 年 月 日

医療機関名

医師名

印