

# 治 療 証 明 書

栃木県立さくら清修高等学校校長様

年 組 番

生徒氏名 \_\_\_\_\_

病 名 \_\_\_\_\_

治 療

略 治

加療中

出 校 ( 可 不可 )

出席停止期間 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 月 日

プール使用 ( 可 不可 )

体育実技 ( 可 不可 )

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

医師名

印