

# 証 明 書

栃木県立栃木高等学校長 様

年 組 番

生徒氏名

病 名

---

治 癒  
略 治  
加 療 中

出 校	:	可	不可
プ ー ル	:	可	不可
マ ラ ソ ン	:	可	不可
体 育 見 学	:	不要	要

上記のとおり証明します。

平成 年 月 日

医師名

印