

# 証 明 書

栃木県立大田原女子高等学校長 様

年 組 番  
氏 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		

出校停止期間 月 日 ~ 月 日

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

医師名 \_\_\_\_\_ (印)

-----

## <本人記入欄>

・家族で同じ疾患にかかった人はいますか？  
いる (誰ですか？ ) ・いない

・この疾患にかかった原因はわかりますか？  
学校 (クラス・部活) 家族 塾 不明 その他 ( )