

証 明 書

栃木県立佐野高等学校長・附属中学校長 様

_____年 _____組 _____番

生徒氏名 _____

病 名

(発病の日 _____ 月 _____ 日)

治 癒

略 治

加 療 中

出 校 可 ・ 不可

プール使用 可 ・ 不可

体育 見学

上記の通り、証明致します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医師名

印