

証 明 書

栃木県立佐野東高等学校長 様

年 組 番 氏名_____

病 名_____

治癒 ・ 加療中

出席停止の期間 月 日 ～ 月 日

登 校 可 ・ 不可

体 育 可 ・ 不可

プー ル 可 ・ 不可

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

医療機関名

印