

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

出 席 停 止 期 間 年 月 日 ～ 年 月 日

上記のとおり証明します。

年 月 日

医師名

