

証 明 書

栃木県立栃木農業高等学校長 宛

年 組 番

生徒氏名

診断名：

《出席停止の指示事項》

- ・ 上記診断疾患が発症したと思われる日 月 日
- ・ 出席停止期間 月 日 ～ 月 日

【学校生活配慮事項について】

- ・ プール使用 (可 / 不可 不可とする期日 月 日まで)
- ・ 体育 (可 / 不可 不可とする期日 月 日まで)
- ・ その他 学校生活上の配慮事項がございましたら、下記余白にご記入ください。

上記のとおり、証明します。

平成 年 月 日

[医療機関 および 医師氏名]