

治癒証明書

栃木県立栃木翔南高等学校

____年 ____組 ____番

生徒氏名 _____

・診断名 _____ インフルエンザ _____ 型

・平成 ____年 ____月 ____日より 登校可
(出席停止期間 平成 ____年 ____月 ____日 ~ ____月 ____日)

上記のとおり証明します。

平成 ____年 ____月 ____日

医療機関名

医師名 _____

⑩