

証 明 書

日光市立今市中学校長 様

年 組

生徒氏名_____

病 名_____

期間 (月 日 ~ 月 日)

月 日より登校可

治 癒

略 治

加 療 中

出 校 (可 不可)

プール使用 (可 不可)

体 育 見 学

上記のとおり証明します。

平成 年 月 日

医師名

印