

証 明 書

学校長 様

年 組

児童生徒名 _____

病 名 _____

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