

# 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。

年 月 日

医師名

印