

学 校 長 様

証 明 書

氏 名 _____
生年月日 平成 年 月 日

病 名 _____

月 日以降は、登校をしてもさしつかえないことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関の
所 在 地
名称・氏名 _____ 印