証　明　書

足利大学附属女子高等学校長　様

年　　組　　番　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

病　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

治　癒

略　治

加療中

出席停止の期間　　月　　日　～　　月　　日

出　　校　（　可　・　不可　）

体育見学

上記のとおり証明します。

年　　月　　日

医療機関所在地及び名称

医師氏名