

証 明 書

足利短期大学附属高等学校長 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