

# 証 明 書

日光市立今市第二小学校長 様

年 組

児童生徒氏名 \_\_\_\_\_

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 ( 必要 無 )

上記のとおり証明します。

平成 年 月 日

医療機関  
医師名

印