

# 証 明 書

生徒氏名 \_\_\_\_\_

病 名 \_\_\_\_\_

上記の疾病により 月 日 ~ 月 日まで休養加療を要しましたが、  
月 日から登校可能と認めます。

令和 年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師御名 \_\_\_\_\_ 印