

証 明 書

上三川町立明治小学校長 様

児童氏名

病 名

治 癒

略 治

加療中

出 校 月 日より (可 不可)

プール使用 (可 不可)

体 育 見 学

その他

上記のとおり証明します。

平成 年 月 日

医師名

印