

体育活動等参加証明書

富士市立高等学校長 様

学校名 富士市立高等学校

学年組 年 組

氏 名

上記の者は、脳しんとうにより療養していたが、

月 日より 体育活動等への参加を可能と認めます。

令和 年 月 日

医療機関の所在地及び名称

医師名 _____ 印

保護者氏名 _____ 印