

治癒証明書

岡山県高梁日新高等学校

氏名

生年月日 年 月 日生

病名

出席停止期間

平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで

付 記

()

上記疾病が治癒し、集団生活が可能であることを証明致します。

平成 年 月 日

医療機関名

住 所

医 師 名

印