

# 感染症治癒証明書

岡山学芸館高等学校

科

コース

年

組

氏名

生年月日

年

月

日生

病名

出席停止期間 平成 年 月 日より平成 年 月 日まで 日間

上記疾病の治癒したことを証明いたします。

平成 年 月 日

医師

印

住所