

治 癒 証 明 書

岡山県立倉敷琴浦高等支援学校 _____ 年 _____ 組

氏名 _____

病名 _____

出席停止期間 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日

上記の疾病が治癒したことを証明いたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 _____

住 所 _____

医 師 名 _____ 印