

# 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