

感染症治癒証明書

岡山学芸館清秀中学校 年 組 番

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