

治癒証明書

岡山県立岡山芳泉高等学校 _____ 年次 _____ 組 _____ 番

氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

病名 _____

期日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 より

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 まで

上記疾病の治癒したことを証明いたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所

医師名