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。		
11 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11	, HILL / 1			
Λ.C.,	П			
令和 年 月	日			
住所				
医師名				