

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 平成 _____年 _____月 _____日 より

平成 _____年 _____月 _____日 まで

上記疾病の治癒したことを証明いたします。

平成 _____年 _____月 _____日

住 所

医師名