

治癒証明書

岡山県立倉敷商業高等学校

学年 組 番

氏 名

生年月日 平成 年 月 日

病 名

期 間 平成 年 月 日より

平成 年 月 日まで

上記疾病が治癒したことを証明いたします。

平成 年 月 日

医療機関名

医 師 名

印

学校記載欄（担任）

年 月 日 ~ 年 月 日 まで

担 任

保健係