

治癒証明書

岡山県立高梁高等学校

年 組 番 氏名

病 名

付 記

上記の者は 月 日以降は登校しても差し支えないことを証明します。

平成 年 月 日

医療機関

医師氏名 _____ 印

学校記入欄

出席停止期間 月 日 () ~ 月 日 () まで

担任氏名 _____ 印