

治 癒 証 明 書

岡山大学附属特別支援学校 部 年

氏 名 _____

生年月日 年 月 日

病 名 _____

上記疾病の治癒したことを証明いたします。
月 日から登校可能です。

出席停止期間： 年 月 日 ～ 年 月 日

付記

年 月 日

住 所

医 師