

# 治 愈 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