

# 証 明 書

岡山県立岡山大安寺中等教育学校                      年    組    番

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日    平成    年    月    日

病 名 : \_\_\_\_\_

出席停止期間    令和    年    月    日 ~ 令和    年    月    日

上記疾病の治癒したことを証明します。

付記 :

令和    年    月    日

所在地

医療機関名

医師氏名

