

治癒証明書

山陽学園 中学校 年 組 番
高等学校

氏 名

生年月日 年 月 日生

病 名 : _____

出席停止期間 : 令和 年 月 日 ~ 月 日

上記疾病の治癒したことを証明いたします。

令和 年 月 日

住 所

医 師

⑩