治 癒 証 明 書

岡山県立玉野光南高等学校

年 組 番

氏名 _____

病 名 _____

期 日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 より

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 まで

上記疾病の治癒したことを証明します。

付記

平成 年 月 日

医療機関名

医師名

印