

# 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 令和 年 月 日 より

令和 年 月 日 まで

上記疾病の治癒したことを証明します。

付記

令和 年 月 日

医療機関名

医師氏名

印