

治 療 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。

令和 年 月 日

医療機関名

医師氏名

(以下担任記入欄)

※保護者の方は記入しないでください。

出席停止期間： 月 日 () ～ 月 日 () 【 日間】

※【 】内は休日を除く、授業日のみの出席停止日数をご記入ください。

早退・遅刻をした日は除きます。

出席停止期間は、上記のとおりです。

担任