

担 当 医 殿

岡山県立勝山高等学校

本校生徒がお世話になりありがとうございました。  
お手数ですが、治療が終わりましたら以下に御記入をお願いいたします。

治 癒 証 明 書

( ) 年 ( ) 組 氏名 : \_\_\_\_\_

病 名 : \_\_\_\_\_

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。

\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 から登校可能です。

令和 年 月 日

医療機関名

医師氏名 \_\_\_\_\_ 印

学 校 記入欄	出席停止期間 月 日 ( ) ~ 月 日 ( )	担任印
------------	-----------------------------	-----