

治癒証明書

岡山県立西備支援学校

部門 小・中・高 年 氏名 _____

病 名 _____

出席停止期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

付 記

上記児童生徒の疾病は治癒したので、 月 日以降は登校しても差し支えないことを
証明します。

令和 年 月 日

医療機関名

住 所

医 師 名