

治 癒 証 明 書

岡山県立岡山西支援学校

_____ 部 年 組

氏 名 _____

病 名 _____

期 間 _____ 月 日 ~ _____ 月 日

上記の疾病が治癒したことを証明いたします。

令和 年 月 日

医療機関名

住 所

医 師 名 _____ 印