

治 癒 証 明 書

山陽女子 中 学 校 年 組 番
高 等 学 校

氏 名

生 年 月 日 年 月 日 生

病 名 : _____

出席停止期間 : 平成 年 月 日 ~ 月 日

上記疾病の治癒したことを証明いたします。

平成 年 月 日

住 所

医 師

⑩