

# 治癒証明書

岡山県立倉敷鷺羽高等学校

氏名

\_\_\_\_\_

病名

\_\_\_\_\_

期間

平成 年 月 日 ~ 年 月 日

上記の期間のうち登校すると感染のおそれがある期間  
(出席停止期間)

平成 年 月 日 ~ 年 月 日

上記の疾病が治癒したことを証明します。

平成 年 月 日

医療機関

\_\_\_\_\_

医師氏名

印

\_\_\_\_\_