治　癒　証　明　書

岡山県井原市立高等学校

年　　組　　番

氏　　名

病　　名

期　　日　　令和　　年　　月　　日より

令和　　年　　月　　日まで

上記疾病の治癒したことを証明します。

令和　　年　　月　　日

医療機関名
医師名

※この用紙は、医療機関での記入後、登校する際に学校へ提出してください。