

# 証 明 書

岡山大学教育学部附属中学校 年 組 番

氏 名 \_\_\_\_\_

病 名 \_\_\_\_\_

出席停止期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日

上記の疾病が治癒したことを証明します。

付記

令和 年 月 日

住 所

医療機関名

医師名

印