

# 証 明 書

岡山大学附属中学校                      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