

治 癒 証 明 書

岡山県立蒜山高等学校・岡山県立勝山高等学校蒜山校地

氏 名 : _____ (年 組)

病 名 : _____

期 間 : 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで

付 記 :

上記疾病の治癒したことを証明します。

平成 年 月 日

医療機関名

医師氏名 _____ ㊞