

※ 医療機関で記入していただいた後、クラス担任へ提出（担任は期間を確認して保健室へ）

# 治 癒 証 明 書

岡山県立岡山一宮高等学校 年 組 番

氏 名 \_\_\_\_\_

病 名 \_\_\_\_\_

出席停止期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

令和 年 月 日

医療機関名

医 師 名 \_\_\_\_\_ (印)