

※医療機関で記入していただき、再登校の日に担任に提出してください。

# 治 癒 証 明 書

岡山県立津山東高等学校

年 組 番 生徒氏名

---

病 名 : \_\_\_\_\_

出席停止期間 : 令和 年 月 日 から 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 \_\_\_\_\_