

# 治 癒 証 明 書

岡山県立倉敷まきび支援学校

\_\_\_\_\_ 部 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 組

氏名 \_\_\_\_\_

病 名

上記の者は \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日以降は登校してもさしつかえない  
ことを証明します。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名

住所

医師名

㊟