

治癒証明書

(本人記入)

倉敷翠松高等学校 年 組 番

氏 名

生 年 月 日 平成 年 月 日生

疾病名：

期 間：平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

上記疾病が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

印

担任記入

◎欠席開始日

◎出校日

平成 年 月 日

平成 年 月 日

◎出席停止日数

◎確認

日

担任 → 学年主任 → 保健主事 → 養護教諭

◎備考