治　癒　証　明　書

岡山大学教育学部附属特別支援学校　　部　　年

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　　年　　月　　日

病　　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記疾病の治癒したことを証明いたします。
月　　日から登校可能です。

出席停止期間：　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日

付記

年　　月　　日

住　所

医　師