

治 癒 証 明 書

光ヶ丘女子高等学校

年 組 番 氏名

年 月 日 生まれ

病 名	
出席停止を 必要とする期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 日間

【附記】

上記のとおり診断いたしました。

令和 年 月 日

医療機関名

医師氏名

印