治 癒 証 明 書

光ヶ丘女子高等学校

年　組　番　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

平成　　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