

治 癒 証 明 書

岡山県健康の森学園支援学校

_____部_____年

氏 名 _____

病 名 _____

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。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 _____

医 師 名 _____ 印