

治癒証明書

主治医 様

お手数ですが、ご記入をお願いいたします。

豊田大谷高等学校

_____年_____組_____番

氏名_____

病名_____

(出席停止の理由)

出席停止期間

平成_____年_____月_____日 ~ 平成_____年_____月_____日

上記の通り、治癒したことを証明します。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関

および

医師氏名_____印