

治 療 証 明 書

岡山県立高松農業高等学校

____年 ____科 ____番 ____氏名

病 名 _____

出席停止期間 令和 ____年 ____月 ____日より

令和 ____年 ____月 ____日まで

上記のものは、登校して差し支えないと診断します。

令和 ____年 ____月 ____日

医療機関名

医 師 名

学校記載欄 (担任)

担 任

____月 ____日 () 限 ~ ____月 ____日 () 限 まで