

証 明 書

岡山理科大学附属中学校
岡山理科大学附属高等学校
氏 名

病 名

発病年月日

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

日間

上記疾病の 治癒した ことを証明いたします。
治療中である

令和 年 月 日

住所

医師

印