

治癒証明書

方谷學舎高等学校長 殿

方谷學舎高等学校

氏 名

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

病 名

出席停止期間

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 から 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで

付 記

上記疾病が治療し、集団生活が可能であることを証明いたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

住 所

医 師 名

印