

証 明 書

岡山大学教育学部附属小学校

年

組

氏 名 _____

病 名 _____

出席停止期間

令和

年

月

日～令和

年

月

日

上記の疾病が治癒したことを証明します。

付記

令和

年

月

日

住 所

医師名

印