

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

年 月 日 ~ 年 月 日

日間

上記疾病の
治癒した
治療中である
ことを証明いたします。

年 月 日

住所

医師

印