

証 明 書

岡山医療福祉専門学校

氏 名

病 名

治療期間

平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日
日間

上記の者は治癒したので、 月 日より登校しても支障ないことを証明します。

平成 年 月 日

住 所

医 師

印