

インフルエンザ治癒証明書

岡山県立岡山操山高等学校 年 組 番

氏 名

生年月日 年 月 日生

病 名

発 症 日 平成 年 月 日 (わかる範囲でご記入ください)

受 診 日 平成 年 月 日

上記疾病の治癒したことを証明いたします

年 月 日 から登校可能です

平成 年 月 日

医 師 住 所

氏 名

印