

# 証 明 書

岡山理科大学附属高等学校

氏 名

病 名

発病年月日

平成 年 月 日 ~ 平成 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。

平成 年 月 日

住 所

医 師

印