

治 癒 証 明 書

岡山県理容美容専門学校

年 組 番

氏 名

生年月日 年 月 日 生

病 名

期 間 平 成 年 月 日 より

平 成 年 月 日 ま で

上記疾病を治癒した事を証明します。

平 成 年 月 日

住 所

医師名