

通 知 書

第 学年 1 組

氏名_____

上記の児童の下記疾患は、ほぼ治癒したので通学しても差し支えない
ものと認めます。

記

1 疾患名

2 治療期間 令和 年 月 日から
 令和 年 月 日

令和 年 月 日

医師名_____印