

通 知 書

____年 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 ____日まで

令和 ____年 ____月 ____日

医師名 _____ 印