

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

令和 年 月 日

医師名 _____ ㊟