小学生用

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　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞