

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さし支えないものと認める。

記

1 疾患名 _____

2 治療期間 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

令和 年 月 日

医師名 _____ 印