

通 知 書

第_____学年_____組

児童氏名_____

上記の者の下記疾患は、ほぼ治癒したので通学しても差し支えないものと認める。

記

1. 疾患名 _____

2. 治療期間 令和 年 月 日より

令和 年 月 日まで

令和 年 月 日

医師名_____印