通　知　書

＿＿＿＿年＿＿＿＿組

氏　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記の児童生徒の下記疾患は、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　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞