通　　知　　書

第　　学年

児　童（生徒）　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