

通 知 書

東金市立日吉台小学校

_____年_____組

(児童) 氏名_____

上記の者の下記疾患は治癒し、感染する恐れがなくなったので、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

3 出席許可 令和 年 月 日 より

(登校してもよい日)

令和 年 月 日

医療機関名

医 師 名_____ 印