

令和 年 月 日

完 治 届

学 校 長 殿

_____ 年 _____ 組

氏 名 _____

病 名 _____

医療機関名 _____

《欠席・治療を要した期間》

自 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

至 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医師から、病気が完治したと診断されたことを届けます。

<注意事項> 運動制限等必要がある場合は、記入してください。

_____ 保護者名 _____ 印