

令和 年 月 日

完 治 届 (インフルエンザ以外)

古知野北小学校長 殿

第 学年 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〉 運動の制限等の必要がある場合は、記入してください。

保護者名 _____ 印