

届

校 長 様

豊中市立

小・中学校

年 組

児童生徒名 _____

(病名) _____

上記の病名で、 月 日から
月 日までの 日間、治療中でした。
(医療機関名) から、主要症状が消退
し、登校して差し支えないと診断されましたので、届
けます。

月 日

保護者名 _____ 印