

# 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