令和　　年　　月　　日

全 治 報 告 書

年　　組　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

出席停止の病気＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿について、全治しており、感染のおそれがないと医師から言われましたので報告します。

受診医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿