

療養状況申告書

疾病者氏名	性別（男・女） 児童との関係 （ ）
疾病名	
療養期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
医療機関名	病院 電話（ ） - 医院
所在地	
医師名	
備考	
上記のとおり療養中（通院・入院）であることを申告します。 令和 年 月 日 愛川町教育委員会 殿 保護者 住所 愛川町 氏名	

※ 事実と相違した場合は、入所を取り消すことがあります。