

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 印	

※ 事実と相違した場合は、入所を取り消すことがあります。