

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。