

出席停止解除願い

※保護者の方がご記入ください。
※登校時にお子様に持たせていただき、ご提出ください。

大田区立 東六郷小 学校長 様

児童氏名	年 組 氏名
病 名	
療 養 期 間	西暦 年 月 日 () ~ 月 日 ()
受診した医療機関	医療機関名

上記の病気のため休みましたが、主治医より登校してもよいと言われましたので、出席停止の解除をお願いします。

西暦 年 月 日 ()

保護者氏名 _____