出　席　停　止　解　除　願　い

大田区立糀谷小学校長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 児童・生徒氏名 | 　　　年　　　組　　　番　氏名 |
| 病　　　　　名 |  |
| 療　養　期　間 | 　　　年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 受診していた医療機関 | 医療機関名電話　　　　　（　　　　　　　） |

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。

　　年　　月　　日

保護者氏名

|  |
| --- |
| ※この用紙は、すべて保護者が記入し、提出していただくものです。 |