出　席　停　止　解　除　願　い

大田区立　　　　久　原　　　　小学校長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 児童・生徒氏名 | 　　　年　　　組　　　番　氏名 |
| 病　　　　　名 |  |
| 病気にかかっていた期間 | 令和　　　年　　　月　　　日　～　令和　　　年　　　月　　　日 |
| 受診していた医療機関 | 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。

令和　　年　　月　　日

保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

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