

# 出席停止解除願い

大田区立\_\_\_\_\_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いわれたので、出席停止の解除をお願いいたします。

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