

出席停止解除願い

大田区立新宿小学校長 様

児童氏名	年 組 番 氏名
病 名	
療 養 期 間 (新型コロナウイルス感染症については、主治医 や保健所の指示による期 間)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
受診していた医療機関 (新型コロナウイルス感 染症については、医療機 関名及び保健所名)	医療機関名 (保健所名) 電話 ()

上記の病気のため、休みましたが、主治医（新型コロナウイルス感染症については、保健所の指示）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 _____

※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。