

出席停止解除願い

大田区立新宿小学校長 様

児童・生徒氏名	年 組 番 氏名
病 名	
療 養 期 間	令和 年 月 日 ~ 令和 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。

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。