

# 出席停止報告書

保護者氏名 \_\_\_\_\_

印 \_\_\_\_\_

部 科	年	氏名
_____		
診 断 名	_____	
診断を受けた日	月	日
_____		
欠席した期間	月	日 ~ 月 日
_____		
診断された医療機関名		
_____		

※ 治癒後、登校する際には医師の許可が必要です。必要事項を記入して担任へ提出してください。