

出席停止報告書

保護者氏名 _____

| | | |
|---------------|---|---------|
| 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。