

出席停止届

____年 ____組 氏名 _____

病名 _____

期間 ____月 ____日() ~ ____月 ____日()

受診医療機関名 _____

上記の通り欠席しましたので、お届けいたします。

平成 ____年 ____月 ____日

保護者名 _____ 印 _____