

# 出席停止解除届

(保護者の方がご記入ください)

1 年 組 番 生徒氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

2 感染症名 : \_\_\_\_\_

3 医療機関受診日 : 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ )

4 医療機関名 : \_\_\_\_\_

※受診を証明できるもの(調剤明細書等)を添付してください。(コピー可)

5 出席停止期間 : 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ ) から平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ ) まで