

医師による証明に代えて取り扱う書類です。保護者の方がご記入ください。

出席停止解除届

疾 病 名 _____

発 病 し た 日 年 月 日

医師の指示により
登校してはいけない期間 年 月 日 ～ 年 月 日

診断を受けた医療機関名 _____

医 師 氏 名 _____

医 療 機 関 住 所 _____

医療機関電話番号 _____

北区立十条富士見中学校校長殿

年 月 日

年 組 生 徒 氏 名 _____

保護者署名 _____