

届出日 平成 年 月 日

尼崎市立中央中学校長様

保護者氏名 _____ 印

欠 席 届

_____年 _____組 _____番 生徒氏名 _____

(病院・医院名) _____で

(病 名) _____の

診断を受けましたので、_____月_____日から_____月_____日まで欠席させました。

上記の診断に相違ありませんので、出席停止の扱いをしていただきますようお願いいたします。