

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。