

出席停止解除願

東京都立葛飾盲学校長 殿

_____年 _____組 幼児・児童・生徒氏名
1 病名
2 病気にかかっていた期間
_____年 _____月 _____日 ～ _____年 _____月 _____日
3 受診していた医療機関名

上記の病気のため欠席しましたが、医師より登校の許可が出ましたので、出席停止の解除をお願いいたします。

_____年 _____月 _____日

保護者氏名 _____ 印

※ この用紙は、学校感染症にかかり、治って登校するときに、保護者の方が記入して、担任に御提出ください。