

# 出席停止解除届

疾 病 名 \_\_\_\_\_

発 病 し た 日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

診断を受けた病院名 \_\_\_\_\_

医 師 氏 名 \_\_\_\_\_

病 院 電 話 番 号 \_\_\_\_\_

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

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

北区立桐ヶ丘中学校長 殿

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 組 生徒氏名

\_\_\_\_\_ 保護者氏名

\_\_\_\_\_ 印