伝染性病疾患による欠席届

＿＿＿＿＿＿＿＿組　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

病　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

欠 席 期 間　　自　平成　　年　　月　　日

　　至　平成　　年　　月　　日

病　院　印

上記のように指示を受けましたので、欠席致しました。

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

担　　任　　印