

平成 年 月 日

## 出席届

伝染性疾患（ ）が治癒し、\_\_月\_\_日に医師により登校許可がおりましたので、本日より出席いたします。

出席停止の期間 平成 年 月 日～平成 年 月 日

診察を受けた病院、診療所名 \_\_\_\_\_

電話（ \_\_\_\_\_ ）\_\_\_\_\_

東京都北区立滝野川第二小学校 学校長様

\_\_\_\_\_年 組

児童・生徒氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印