

登 校 届

学 校 名 _____

学 年 ・ 組 : _____ 年 _____ 組

児 童 生 徒 名 : _____

病 名

()

欠 席 期 間 : 令 和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 から _____ 月 _____ 日 まで

症 状 が 回 復 し、

医 療 機 関 名 (ゴ ム 印 な ど)

()

に お い て、

集 団 生 活 に 支 障 が な い 状 態 と 判 断 さ れ た の で、 _____ 月 _____ 日 から 登 校 し ま す。

令 和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保 護 者 名 _____ 署 名 又 は 記 名 押 印