欠　席　届

◯学年◯組◯番　◯◯◯◯

　右の者は◯◯病院で精密検査の結果、◯◯◯◯と診断され、◯日間入院することになりましたので、◯月◯日から◯月◯日まで欠席させていただきます。

　　令和○○年○○月○○日

保護者　◯◯◯◯㊞

○○○○先生