欠　席　届

|  |  |
| --- | --- |
|  | 先生 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （生徒） | クラス |  |
|  | 氏　名 |  |

　上記の者、◯◯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） |  |