欠　席　届

|  |  |
| --- | --- |
|  | 先生 |

　◯◯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

|  |  |
| --- | --- |
| ◯年◯組 |  |
| 保護者 |  |