

20 年 月 日

田園調布雙葉中学高等学校長殿

出席停止解除願い

下記の「学校において予防すべき感染症」が治癒しましたので、出席停止の解除をお願いいたします。

中学・高校 _____年 _____組 氏名 _____

保護者名 _____ 印

病名	:	_____
出席停止期間	:	_____月_____日 ~ _____月_____日
診断を受けた医療機関名	:	_____

保護者の方が記入して、登校日に担任又は養護教諭へ提出してください

《確認印》

校長	担任	養護教諭