

# 登校届

足利市立愛宕台中学校長 様

年 組 番 生徒氏名

病 名	※インフルエンザの場合は、〇型と記入してください。（例）インフルエンザ A 型
診断を受けた病院	
出席停止期間（休んだ日）	平成 年 月 日 ~ 月 日

医師の許可が出ましたので登校します。

平成 年 月 日

保護者氏名



-----