

登校届（保護者記入）

児童名

和光市立白子小学校長 様

_____年_____組 氏名_____

_____月_____日に、医療機関より_____と診断を受
けました。

このため、_____月_____日から_____月_____日まで登校をひかえていましたが、
本日より登校させますので、ご連絡いたします。

受診した医療機関名_____

受診した医療機関電話番号_____

令和_____年_____月_____日

保護者氏名_____ 印

※出席停止期間の基準は裏面に記載してあるとおりです。または、医師の指
示に従ってください。