

学事顧問	校 長	校長補佐	教 頭	教頭補佐	教頭補佐	保健係	担 任

令和 年 月 日

出 席 停 止 扱 い 願

岡崎学園高等学校長 殿

年 組 番

生徒氏名 _____

保護者氏名 _____ 印

学校伝染病感染発病により、下記期間出席停止扱いをお願いします。

記

出席停止期間	令和 年 月 日 () ~ 月 日 ()
病 名	