

FAX送信票

令和 年 月 日

【送信先】

利府町立菅谷台小学校長 宛 FAX 022-356-7148

【通信欄】

欠 席 届

下記により欠席いたします。

保護者名 _____

児童名(クラス)	(年 組)
----------	--------

欠席する日	月 日 曜日 期間を要する場合・・・(月 日から 月 日まで)
-------	-------------------------------------

※該当する理由を丸で囲む。かぜの場合は、()内の症状も囲む。

欠席理由	かぜ (発熱 _____℃ ・ 頭痛 ・ せき ・ おう吐 ・ 下痢) 頭痛 腹痛 歯痛 ぜんそく けが(部位: _____) その他(_____)
	感染が疑われる病気 インフルエンザ(出席停止期間 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日) その他感染性の病気(_____)
	家事都合 (_____)

その他の連絡	

※ 兄弟姉妹で欠席する場合は、それぞれの欠席理由および期間が分かるように記入。

※ この用紙は、本校ホームページからダウンロード・プリントアウトして使用することも可能。