

教務部長	保健主事	年次主任	担任	担任

第 号

## 出席停止届

神戸市立六甲アイランド高等学校

学 校 長 様

学校保健法に規定された病気による出席停止措置を申請いたします。

平成 年 月 日

第 年 組 番

生徒名前

保護者名

記

期 間 平成 年 月 日 ( ) 校時より  
年 月 日 ( ) 校時までの 日間

理 由 \_\_\_\_\_

(登校証明書を裏に添付)

備 考 \_\_\_\_\_