

病 欠 届

大阪府立汎愛高等学校長様

医療機関名 住 所 医 師 名	印
-----------------------	---

科 年 組 番

生徒名 _____ 平成 年 月 日生

保護者名 _____

欠席した期間

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

下記の理由により欠席しましたので届けます。

--