

愛媛県立しげのぶ特別支援学校長 様

部 年 組 氏名

入 院 欠 席 届

1 病名（検査名） _____

2 受診医療機関名 _____

3 欠席した期間

・入院した期間 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

・家庭療養期間 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

4 今後、学校生活で注意すること等

令和 年 月 日

保護者名 _____ 印