

F A X 送 信 票

平成 年 月 日

【送信先】

多賀城市立城南小学校長 宛 FAX 022-368-2112

【通信欄】

欠 席 届

下記により欠席いたします。

保護者氏名 _____

児童名(クラス)	(年 組)
----------	--------

欠席する日	_____月 _____日 期間を要する場合……(_____月 _____日 ~ _____月 _____日)
-------	---

欠席理由	かぜ (熱 頭痛 おう吐 下痢) 頭痛 腹痛 歯痛 ぜんそく その他 ()
------	--

その他の連絡	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
--------	---

※兄弟姉妹で休む場合は、それぞれの欠席理由および期間が分かるようにご記入ください。