




本日、欠席します。

月 日 ()	
年 名前	
欠席	当てはまる理由(症状すべて)に○をしてください。 発熱 (_____ °C) 頭痛 発疹 鼻汁 鼻づまり のど痛 せき 下痢・腹痛 吐き気・おう吐 けが 病院 家事都合 忌引き その他(理由 _____)
	以下の病気に当てはまる場合は、印をつけてください。 <input type="checkbox"/> インフルエンザ (A・B・不明) <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> マイコプラズマ感染症 <input type="checkbox"/> プール熱 <input type="checkbox"/> その他(_____)
	連絡事項
	
	<H27.1改>


本日、欠席します。

月 日 ()	
年 名前	
欠席	当てはまる理由(症状すべて)に○をしてください。 発熱 (_____ °C) 頭痛 発疹 鼻汁 鼻づまり のど痛 せき 下痢・腹痛 吐き気・おう吐 けが 病院 家事都合 忌引き その他(理由 _____)
	以下の病気に当てはまる場合は、印をつけてください。 <input type="checkbox"/> インフルエンザ (A・B・不明) <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> マイコプラズマ感染症 <input type="checkbox"/> プール熱 <input type="checkbox"/> その他(_____)
	連絡事項
	
	<H27.1改>

本日、欠席します。

月 日 ()	
年 名前	
欠席	当てはまる理由(症状すべて)に○をしてください。 発熱 (_____ °C) 頭痛 発疹 鼻汁 鼻づまり のど痛 せき 下痢・腹痛 吐き気・おう吐 けが 病院 家事都合 忌引き その他(理由 _____)
	以下の病気に当てはまる場合は、印をつけてください。 <input type="checkbox"/> インフルエンザ (A・B・不明) <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> マイコプラズマ感染症 <input type="checkbox"/> プール熱 <input type="checkbox"/> その他(_____)
	連絡事項
	
	<H27.1改>

本日、欠席します。

月 日 ()	
年 名前	
欠席	当てはまる理由(症状すべて)に○をしてください。 発熱 (_____ °C) 頭痛 発疹 鼻汁 鼻づまり のど痛 せき 下痢・腹痛 吐き気・おう吐 けが 病院 家事都合 忌引き その他(理由 _____)
	以下の病気に当てはまる場合は、印をつけてください。 <input type="checkbox"/> インフルエンザ (A・B・不明) <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> マイコプラズマ感染症 <input type="checkbox"/> プール熱 <input type="checkbox"/> その他(_____)
	連絡事項
	
	<H27.1改>