

本日、欠席します。

月 日 ()	
年 名前	
欠席理由	当てはまるものに○をしてください。 発熱 (_____ °C) 頭痛 発疹 鼻水 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 ()
	以下の病気の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

本日、欠席します。

月 日 ()	
年 名前	
欠席理由	当てはまるものに○をしてください。 発熱 (_____ °C) 頭痛 発疹 鼻水 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 ()
	以下の病気の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

本日、欠席します。

月 日 ()	
年 名前	
欠席理由	当てはまるものに○をしてください。 発熱 (_____ °C) 頭痛 発疹 鼻水 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 ()
	以下の病気の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

本日、欠席します。

月 日 ()	
年 名前	
欠席理由	当てはまるものに○をしてください。 発熱 (_____ °C) 頭痛 発疹 鼻水 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 ()
	以下の病気の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