

蘇州日本人学校 学校長 様

出席停止の解除について（届）

1, 児童生徒氏名 小・中 学部 年 組 氏名 _____

2, 停止理由及び期間

停止理由 _____ のため

期間 _____ 年 月 日～ _____ 年 月 日（ _____ 日間）

_____ 月 _____ 日より登校することを許可願います。

（医療機関を受診した場合に記入）

医師の指示により上記の疾病が軽快し、かつ感染症の予防上支障がないと医師により認められました。

根据医生判断，上述病情不严重，不具传染性。

医療機関名 _____

医師名 _____

医師のサイン

（医生签名）：

日付： _____ 年 月 日

* 診断書や医師のサインは無料でもらえる場合のみで結構です。医療機関名、医師名はご家庭でご記入ください。

* 受診していない場合、1のクラス・氏名、2の停止理由・期間、保護者サインの記入をお願いします。

* 若去医院就诊，有诊断书或者医生签名即可。医院名、医生姓名家长可自行填写。若没有去医院就诊，请家长填写好1中的学生姓名班级和2中的停课理由和时间，并由家长签字，谢谢！

保護者サイン

（家长签名）： _____