

【学校保険法に基づく欠席日数免除願い】

永照幼稚園 _____ 組

氏名 _____

病名 _____

診察を受けられた病院名 _____

欠席期間 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ~ 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

保護者氏名 _____ (印)



永照幼稚園