

# インフルエンザ登校自粛願

年 月 日

栃木市立吹上小学校学校長 様

保護者氏名 印

インフルエンザへの対策として、下記のとおり登校を自粛いたします。

## 記

児童氏名		学年・組 出席番号	年 組 番
期 間	年 月 日 ( ) から 年 月 日 ( ) まで		
理 由			