届

令和　　年　　月　　日

足利大学附属女子高等学校長　殿

保護者名　住所

氏名　　㊞

下記の者（理由）　　のため

　月　　日（から　　月　　日まで）　　しますので

お届けいたします

第　　学年　　組　生徒名