忌　引　き　届

令和　　年　　月　　日

滋賀県立草津高等学校長　様

生　徒　名＿＿＿＿年　　組　　番

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者等名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（自署の場合は押印不要）

＿＿＿＿＿（続柄）死去のため＿＿＿月＿＿＿日から
＿＿＿月＿＿＿日までの＿＿＿日間、忌引き扱いを
お願いします。

注）忌引きの日数は、父母７日以内、祖父母・兄弟姉妹・曾祖父母は３日以内、
叔伯父母・甥姪およびその他の同居家族は１日以内とする。
（義兄弟姉妹・叔伯父母の配偶者は１日以内）

担任確認印	教務確認印