

受付 令和 年 月 日

定期考査欠査届

熊本県立熊本西高等学校

年 組 号 氏名

考査名	
期 日	令和 年 月 日 () ~ 令和 年 月 日 ()
欠査科目	
欠査理由	

以上の理由で欠査しますので、お届けします。

保護者氏名 []
(保護者自署)

届出日 令和 [] 年 [] 月 [] 日

熊本県立熊本西高等学校長 様

- ※ この様式は「罹患証明書」が提出できない場合に使用します。
考査終了後すみやかに担任へ提出してください。
担任→教務部（コピー）、保健室（原本）