

主治医 様

熊本県立御船高等学校

( )年( )組( )号 氏名( )

在籍高等学校の定期考査を欠査しましたので、当該期間の証明をいただきますようお願いいたします。

定期考査名	1 学期中間考査      2 学期中間考査      学年末考査
	1 学期期末考査      2 学期期末考査      該当に○をつける
本人が欠査した日	令和 年 月 日( )～ 月 日( ) [ 日間]

↑ 本人が記入 ※生徒・保護者様へ：欠査届とともに期限までに提出してください。

↓ 病院等に記入いただく。

### 受診証明書

1 診断名

2 受診日

令和 年 月 日 曜日

3 特記事項（本校生以外の受診の場合は、対象者等をお書き下さい。）

4 感染防止のため上記生徒の出席を停止する期間（必要に応じてお書き下さい。）

令和 年 月 日 曜日 から

令和 年 月 日 曜日 まで

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

医 師 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

