　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 |
|