

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 必要に応じてお書き下さい。

上記生徒の療養する期間は

令和 年 月 日 曜日 から

令和 年 月 日 曜日 まで とする。

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