

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	第 1 学期 中間考査
実施期間	令和元年 5 月 2 1 日 (火)～ 5 月 2 3 日 (木) [3 日間]
本人が欠査した日	令和元年 5 月 日 ()～ 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

令和元年 5 月 日 曜日

3 特記事項

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