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	学年末考査（第１学年・第２学年）
実施期間	令和２年２月１０日(月)～２月１４日(金)［４日間］
本人が欠査した日	令和２年　　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２年　　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