

令和 年 月 日

愛知県立天白高等学校長殿

定期考査欠席（ 願 ・ 届 ）

年 組 番 生徒氏名 _____
保護者氏名 _____

下記の理由により、定期考査を欠席 します 願い
ので、保護者連署にて、お します。
しました 届け

欠 席 日 科 目		月	日	曜日	第 1 限		第 2 限		第 3 限		
理由 (詳細に)	1 病欠等	病名等									
		※病欠の場合は、原則当日に医療機関を受診し、医師の証明書（診断書・領収書等）（コピーも可）を裏面に貼付してください。									
		備考 (当日通院できなかった理由等)									
	2 忌引	続柄			葬儀日	月 日		場所	都道府県 市町村		
	3 大学等受験	学校名		受験日			受験地		宿泊場所		
				月 日 曜日							
				月 日 曜日							
				月 日 曜日							

※ 提出期限 1 病欠・忌引等の場合は定期考査終了後 2 日以内。
2 受験の場合は定期考査開始 2 日前まで。