

# 定期考査欠試届

年 月 日

大阪府立香里丘高等学校長様

年 組 番

生徒 氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

下記の通り定期考査を欠席しましたので、お届けします。

記

期 日	時限	欠 試 科 目	教 科 担 当 者	欠 試 理 由
月 日 ( )	1 限			
	2 限			
	3 限			
月 日 ( )	1 限			
	2 限			
	3 限			
月 日 ( )	1 限			
	2 限			
	3 限			
月 日 ( )	1 限			
	2 限			
	3 限			
月 日 ( )	1 限			
	2 限			
	3 限			

注 意

- \* 保護者の自筆にて記載し、速やかに学級担任に提出してください。
- \* 病気による欠席の場合は、医師の診断書を添えてください。

---

担任記入欄	事前連絡の有無	診断書等の有無	補 足 事 項	担任印

\* 担任はコピーの上 当該教科担当ならびに教務担当へ提出のこと。