

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、通院したことを証明する①診断書、または②病院の領収書と③処方された薬がわかる書類の2点を添えてください。(①のみ、もしくは②+③ いずれもコピー可)

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 教務担当へ提出のこと