

平成 年 月 日

岐阜県立加納高等学校長 様

保護者名 _____ 印

追考査受験願

第 学年 組 番 (生徒名) _____ を下記の理由により
平成 年 月 日 から 月 日 まで 定期考査を欠席させましたので、
追考査受験願を提出いたします。

理由

--

未受験科目

月 日	科 目	教科担任	科 目	教科担任	科 目	教科担任
月 日						
月 日						
月 日						
月 日						

各医療機関 様

岐阜県立加納高等学校

証明書記入のお願い

この用紙を持参した生徒は、疾病等のために、定期考査を受験できなかった生徒です。
貴院を受診したことを証明していただきますよう、よろしくお願いいたします。

証明書

岐阜県立加納高等学校

年 組 番 氏名

上記の者は、以下の病名等のため、 月 日 () に当院を受診しましたので
証明します。

病名等

平成 年 月 日

医療機関

担当医師

印