

校 長	教 頭	教務部長	係	H R 担任

考 査 欠 席 届 ・ 追 考 査 願

令和 年 月 日

岐阜県立大垣北高等学校長様

_____年 _____組 _____番 氏名 _____(自署)

保護者氏名 _____(自署)

_____の理由により

_____月 _____日 _____時限目から _____月 _____日 _____時限目まで欠席し、

_____期 _____考査を受けられませんでしたので、お届けします。あわせて追

考査のご配慮をお願いします。

時 限	月 日		月 日		月 日		月 日	
	科 目	教 科 担任名						
1								
2								
3								
4								

(1) 医師の「診断書」または「定期考査欠席に関わる診断書及び証明書」「出席停止届」または「薬の処方箋や薬の袋（日付、氏名の書かれたもの）」など、考査を受験できなかった理由を示す書類を添付すること。

(2) 生徒は保護者と共に必要事項をペンで記入の上、ホームルーム担任に提出すること。

※ この書類は教務部で保管する。