

平成 年 月 日

考 査 欠 席 願

奈良市立一条高等学校長 殿

保護者氏名 _____ 印

下記により、考査の欠席を届けます。

1 生徒氏名

_____ 年 組 番 氏名

2 考査欠席理由（保護者記入）

3 考査欠席期間

_____ 月 日（ ）～ _____ 月 日（ ）

【医療機関証明欄】

上記症状を証明します。

医療機関名等

医 師 名
(カウンセラー名等)

印

平成 年 月 日