

令和 年 月 日

愛知県立天白高等学校長殿

定期考査欠席（ 願 ・ 届 ）

年 組 番 生徒氏名 _____

保護者氏名 _____

下記の理由により、定期考査を欠席 します 願います。
ので、保護者連署にて、お 届 け ました。

欠 席 日 科 目	月	日	曜日	第1限	第2限	第3限	
理由 (詳細に)	1 病欠等	病名					
		その他					
		病欠の場合は、医師の証明書（診断書・領収書等）（コピーも可）を裏面に貼付してください。					
	2 忌引	続柄		葬儀日	月 日	場所	都道府県 市町村
3 大学等 受験	学校名	受験日		受験地		宿泊場所	
		月 日 曜日					
		月 日 曜日					
		月 日 曜日					

- ※ 提出期限
- 1 病欠・忌引等の場合は定期考査終了後2日以内。
 - 2 受験の場合は定期考査開始2日前まで。