

受診報告及び考査欠席に係る配慮のお願い

令和 年 月 日

玉名女子高等学校長 様

| | |
|--|--------------------|
| 学年・組・番号 | 年 組 号 |
| 氏名 | |
| 診断名 | |
| 受診した日 | 令和 年 月 日 () |
| 加療を要する期間 (「解熱するまで」等でも可) | 上記～令和 年 月 日 () まで |
| 医療機関名 | |
| 処方箋や領収書の 写し(コピー)添付 ※本人の氏名や受診日が わかるもの ※入らない場合は折りたたむ | |

上記のとおり医療機関を受診し加療をしましたので、定期考査欠席の科目について特段の御配慮をお願いいたします。

保護者氏名(自署)

生徒氏名(自署)

- ※注意
- 1 事後、速やかに提出してください。
 - 2 寮生などで速やかな提出ができない場合は、担任にその旨御連絡いただき、後日必ず提出してください。