

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（発症した日）	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。