

決 裁	校 長	副校長	教 頭	校長 補佐	教務 部長	学年 部長	担任

考 査 欠 席 届

令和 年 月 日

市原中央高等学校長様

第__学年__組__番

生徒氏名_____

保護者氏名_____ 印

第____期の定期考査について、以下の理由により欠席させます（させました）

(欠席理由)

(未受験の科目名)

1		2		3		4	
5		6		7		8	
9		10		11			

※病院を受診した証明となるもの（領収書等）のコピーを添付してください