

決	校 長	教 頭	教 頭	校長 補佐	教務 部長	学年 部長	担任
裁							

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			

※学校感染症の疑いによる受信証明書を添付してください。