

考查欠席報告書

次のとおり、報告いたします。

対象考查	第____学年 第____学期 _____ 考查
欠席期間	令和____年____月____日 ~ 令和____年____月____日
傷病名	
医療機関名	

兵庫県立山崎高等学校長 様

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

第____学年____組____番

生徒名 (自署) _____

保護者名 (自署) _____

【留意事項】

- 1 太枠 内については、保護者をご記入ください。
- 2 医療機関を受診したことが確認できるもの（領収書、処方箋等のコピー）を添付してください。