

校 長	教 頭	教務部長	学年主任	学級担任

定期考査欠席に伴う受診報告書

	保 護 者 記 入 欄	
1	受診年月日	平成 年 月 日
2	医師の所見	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
3	医療機関名	

※ 受診した医療機関の領収書、または薬局の薬袋表紙のコピー（日付入り）を裏面に貼付すること。

上記のとおり受診しましたので報告します。

山形県立山形工業高等学校長 殿

平成 年 月 日

年 組

生徒氏名 _____

保護者氏名 _____ 印

	学 校 記 入 欄	
1	欠席理由	
2	欠席期間	平成 年 月 日 ～ 月 日 (日間)
3	参考となる事項	

保管：教務部