

大阪府立高津高等学校長 様

考 査 欠 試 届

令和 年 月 日

年 組 番 氏名

保護者 氏名

印

担任 氏名

印

下記の理由により、次の科目の考査を受験できませんでしたのでお届けします。

(保護者からの理由説明)

(医師の意見)

医師名

印

月 日 (曜)	欠 試 科 目
月 日 ()	
月 日 ()	
月 日 ()	
月 日 ()	
月 日 ()	