

年 月 日

評価課題欠席届

育英西高等学校

学校長 北谷成人 様

保護者名 _____ 印

1 生徒名

_____ 年 組 番 氏名

2 評価課題欠席理由（保護者記入）

3 評価課題欠席期間

_____ 月 日（ ）～ _____ 月 日（ ）

【医療機関証明欄】

上記症状を証明します。

医療機関名等

医師名

（カウンセラー名等）

印

年 月 日