

校 長	教 頭	教 務	担 任

平成 年 月 日

公 欠 願

(健 康 診 断 用)

日本大学東北高等学校長 殿

年 組 番

氏 名

下記の理由により公欠の取り扱いをいただきたく、お願い致します。

記

1. 期 間 平成 年 月 日 曜日より

平成 年 月 日 曜日まで 日間

2. 理 由

3. 診療病院名

所 在 地

TEL

生徒氏名

印

保護者氏名

印