

令和 年 月 日

校長	教頭	教務	担任

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 令和 年 月 日 曜日より

令和 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