

令和 年 月 日

感染症に関わる病院受診による公欠願

愛媛県立八幡浜工業高等学校長 様

愛媛県立八幡浜工業高等学校

第 学年 科 番

生徒氏名 _____

保護者氏名 _____ 印

<該当項目>

インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症感染拡大防止の観点から
病院を受診いたしましたので、公欠扱いをお願いします。

<公欠期間>

令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで

..... ※受診したことのわかる「領収書の写し」等を裏面に添付のこと。

(学校記入)

ホームルーム担任確認 _____ 印

公 欠 期 間		教務課長
月	日 (時限から)	
月	日 (時限まで)	