

校 長	副 校 長	教 頭	教務部長	学年主任	担 任

令和 年 月 日

振 替 考 査 受 験 願

北海道札幌西陵高等学校長 様

第_____学年_____組_____番

生 徒 氏 名_____

保護者等氏名_____

この度、次の理由により定期考査を欠いたため、振替考査受験を許可願います。

記

科 目 名 教科担任名			
	先生	先生	先生
	先生	先生	先生
	先生	先生	先生
	先生	先生	先生
考 査 を 欠いた理由			
添 付 書 類			

- 注) 1 必ずペン書きをすること。(鉛筆の場合は受理しません)
2 病欠の場合、病院の領収書等、通院を証明するものを添付すること。