

医学部長	部長	部次長	課長	課長補佐	係長	係

教務委員長	クラス担任

欠 席 届

平成 年 月 日

医学部長

殿

第 学年 番
学生氏名 ⑩

次のとおり欠席（ します しました ）のでお届けします。

欠席期間	平成 年 月 日 () ~ 平成 年 月 日 ()					
欠席理由						
	1 限	2 限	3 限	4 限	5 限	6 限
月 日 (月)	()	()	()	()	()	()
科目責任者印						
月 日 (火)	()	()	()	()	()	()
科目責任者印						
月 日 (水)	()	()	()	()	()	()
科目責任者印						
月 日 (木)	()	()	()	()	()	()
科目責任者印						
月 日 (金)	()	()	()	()	()	()
科目責任者印						

(欠席時間合計) _____ 時 間

- 【注】
1. 病気の場合は、診断書を添えること。
 2. 欠席した科目責任者の認印をもらうこと。
 3. () 欄は欠席した科目の担当者名を必ず記入すること。