

決
裁

医学部長	部 長	部次長	課 長	課長補佐	係 長	係

学生委員長

欠 席 承 認 願

医学部長 殿 平成 年 月 日

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、ご承認下さいますようお願いいたします。

欠席期間	平成 年 月 日()～平成 年 月 日()					
欠席理由						
	1限・科目	2限・科目	3限・科目	4限・科目	5限・科目	6限・科目
月 日 (月)	()	()	()	()	()	()
月 日 (火)	()	()	()	()	()	()
月 日 (水)	()	()	()	()	()	()
月 日 (木)	()	()	()	()	()	()
月 日 (金)	()	()	()	()	()	()
月 日 (土)	()	()	()	(欠席時間合計) _____ 時間		

- 【注】
- 『結婚の場合は結婚案内状』『忌引の場合は会葬御礼状』『法令、天災、交通遮断、その他本人の責に帰することの出来ない理由の場合は、その理由を証明できるもの』
 - その他、事前に学部長の承認を得るものについて
 - 『大学及び医学部の公的な行事に出席要請された場合』『学友会行事について日程の関係上、欠席がやむを得ないと事前に認められた場合』の証明書は省略してよい。
 - その他は、その度指示する。
 - 欠席科目欄の()内には講義担当者名を必ず記入すること。