

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

年 月 日

医学部長 殿

第 学年 番 (学籍番号 )

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	年 月 日 ( ) ~ 年 月 日 ( )							
欠席理由								
日付	1 限	2 限	3 限	4 限	5 限	6 限	7 限	8 限
／ ( 曜 )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
科目責 任者印								
／ ( 曜 )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
科目責 任者印								
／ ( 曜 )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
科目責 任者印								
／ ( 曜 )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
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、クラス担任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。
  4. 登校後7日以内に教務課へ提出すること。