欠　席　願

西暦　　年　　月　　日

神 戸 市 看 護 大 学 長　　様

□学部　　□大学院　　年生

学籍番号　　氏　名

下記の理由により欠席しますので、「学生の欠席に関する取扱いについて」の規定に基づき、承認をお願いします。

１．期間：　　年　　月　　日（　　）～　　月　　日（　　）　　日間

２．理由：

３.欠席する（した）授業日時・科目名

日付	／	／	／	／	／
曜日					
１限					
２限					
３限					
４限					
限					

※事務処理欄

学生部長	課長	係長	担当者	決裁処理欄

R5.2.9 改訂