

欠 席 願

年 月 日

神戸市看護大学長 様

学部 大学院
平成 ・ 令和 年度入学 年生
(西暦 年度入学)
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。

記

1 理 由

2 期 間

年 月 日 () ~ 年 月 日 ()