欠　席　届

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

私は、次のとおり欠席します（した）ので、お届けします。

１．期間：　　年　　月　　日（　　）～　　月　　日（　　）　　日間

２．理由：**【その理由が疾病による場合には、医師の診断書等を添付すること。】**

（発熱・風邪症状等による場合）　医療機関受診日：　　月　　日（　　）

解熱した日　　：　　月　　日（　　）

３.欠席する（した）授業日時・科目名（裏面記入　有・無）

（一週間を超える場合は、裏面記入 有に〇をつけ、裏面に記入して下さい）

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

日付	／	／	／	／	／
曜日	月	火	水	木	金
１限					
２限					
３限					
４限					
５限					