

欠 席 届

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

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 () から
年 月 日 () まで 日間

2. 理 由

.....

.....

.....

.....

* その理由が疾病による場合には、医師の診断書を添付すること。