

# 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。