

## 公 休 願

年 月 日

香川県立保健医療大学長 殿

所 属 保健医療学研究科（ 専攻）  
保健医療学部（ 学科）  
 学 年 年  
 学籍番号  
 氏 名

次の理由により、公休にさせていただくようお願いします。

期間	年 月 日 ～ 年 月 日
理由	<input type="checkbox"/> 忌引（続柄： ） <input type="checkbox"/> 天災その他の非常災害及び交通機関の事故等、不可抗力による <input type="checkbox"/> 学校保健安全法施行規則第18条に規定されている感染症に罹患 又は感染したおそれがある <input type="checkbox"/> 裁判員又は裁判員候補者としての任務を果たす <input type="checkbox"/> その他
理由詳細 いつ・どこで・何が ある（あった）など	

月日(曜日)時限	科目名	教員名
月 日( ) 限		
月 日( ) 限		
月 日( ) 限		
月 日( ) 限		
月 日( ) 限		

※行が足りない場合は適宜様式をコピーして使用すること。その場合、2枚目以降にも提出年月日、所属等及び期間、理由、理由詳細の記入は必須です。

提出に際しては次に例示する証明書等（コピー可）を添付すること。

ただし学長が添付不要と認めた場合はこの限りではない。

- ・忌引：公的証明書または事実を証明する書類（例：会葬礼状、葬儀証明書等）
- ・天災その他：遅延証明書、該当する交通機関の公式HPの運休を示すページ
- ・感染症：医師の診断書（疾病が特定できる薬が処方されている場合は薬剤情報提供文書でも可）
- ・裁判員又は裁判員候補者：呼出状