

# 欠 席 届

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）  
助産学専攻科  
保健医療学部（ 学科）  
学 年 年  
学籍番号  
氏 名

次のとおり欠席したいので届け出ます。

期間	年 月 日～ 年 月 日	
理由		
欠席の間現住所を離れる場合の連絡先 (療養等の場合)	住 所	〒
	電話番号	( ) ー

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		
月 日( ) 限		
月 日( ) 限		
月 日( ) 限		
月 日( ) 限		

※疾病等の場合は医師の診断書を添付すること。

※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、連絡先の記入は必須です。