第７号様式（第７条関係）

**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 | （ ） ― |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  |  |
| 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。