

欠 席 届

平成 年 月 日

医 学 部 長 様

所 属 医 学 部 医 学 科

学 年 第 学年

氏 名 _____

次のとおり欠席します（した）ので、お届けします。

1 期 間 月 日から 月 日まで

2 理 由 _____

* 疾病で7日以上欠席の場合は、診断書を添付すること。

