

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
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。

欠 席 期 間		年 月 日から 年 月 日まで
欠 席 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	() —

注 疾病等により7日以上欠席するときは、医師の診断書を添付すること。