

欠 席 届

年 月 日

聖隷クリストファー大学

_____ 学部長 殿

聖隷クリストファー大学介護福祉専門学校

校長 殿

所属 大学 ・ 専門学校

(どちらかに○)

学部学科 _____

学籍番号 _____

氏名 _____ 印

私は下記により欠席します(しました)ので届け出をいたします。

記

1. 欠席期間	年 月 日から 年 月 日まで (日間)
2. 欠席理由	

(注 病欠の場合は医師の診断書を、事故欠の場合は理由書を添付してください。)

学生部長	大学 所属学部長	専門学校 教務主任	教務事務 センター