学　長	医学部長	副医学部長	教務委員長	学生指導委員長	事務部長	指導教員

特 別 欠 席 届

平成　　年　　月　　日

藤田保健衛生大学
学長 星　長　清　隆　様

医学部 医学科＿＿学年
（学籍番号　　）　氏　名　　㊞

下記の理由により、欠席 しましたので、 / しますので、 所定の届を提出いたします。

記

欠席理由：

欠 席 授 業 科 目

担当教員	授業科目	月・日・曜日 時限	許可印	担当教員	授業科目	月・日・曜日 時限	許可印
		月　日（　） 第　時限				月　日（　） 第　時限	
		月　日（　） 第　時限				月　日（　） 第　時限	
		月　日（　） 第　時限				月　日（　） 第　時限	
		月　日（　） 第　時限				月　日（　） 第　時限	
		月　日（　） 第　時限				月　日（　） 第　時限	
		月　日（　） 第　時限				月　日（　） 第　時限	
		月　日（　） 第　時限				月　日（　） 第　時限	