

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

## 欠 席 届

平成 年 月 日

藤田保健衛生大学  
学長 星 長 清 隆 殿

医学部 医学科 \_\_\_\_\_ 学年

(学籍番号 \_\_\_\_\_) 氏 名 \_\_\_\_\_ 印

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

### 記

欠席理由：

月	日	曜	時限	授 業 科 目	担 当 教 員	印

指導教員所見(記載必須)：

各授業科目を欠席した場合、その事由が本学学校医の診断書、公的交通機関あるいは警察などの公的機関の発行する証明書によって証明される時は、出校後5日以内に証明の資料を添えてこの欠席届を事務部へ提出すること。これ以外の欠席届及び所定の期限以後に提出された欠席届は受理しないので、学生・指導教員ともに注意すること。