

| | | | | | |
|------|-------|-------|---------|------|------|
| 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 |
| | | | | | |

実 習 欠 席 届

平成 年 月 日

藤田保健衛生大学

医学部長 岩田 仲生 様

教務委員長 長崎 弘 様

医学部医学科 学年

学籍番号 氏名 印

下記の理由により実習を欠席しましたので、所定の届を提出いたします。

記

| | |
|-----------------------|----------------|
| 欠席日時 | 平成 年 月 日 () 限 |
| 実習科目名 | |
| 実習担当教員署名 (担当教員が記入) | 印 |
| 欠席コマ数 | コマ |
| 欠席の理由 | |

※添付書類：保護者と本人の事由書