

係	係長	課長補佐	課長	学生部次長	学生部長

欠 席 届

平成 年 月 日

福岡歯科大学長 殿

学籍番号 _____ (学年)

クラス A B C D

助言教員 _____

氏 名 _____ 印

(理由)

(具体的な理由を書くこと)

上記理由の為、自. 平成 年 月 日 日 します
 至. 平成 年 月 日 日 しました
 ので、お届けします。

月 日		月 日		月 日	
時限	科 目	時限	科 目	時限	科 目

月 日		月 日		月 日	
時限	科 目	時限	科 目	時限	科 目

- ※1. 欠席することを予定している場合は、事前に届け出ること。
- ※2. 入院・療養等で一週間以上欠席する場合は、必ず主治医の診断書を添付すること。
- ※3. それ以外の欠席についても、診断書もしくは本学医科歯科総合病院の受診証明がある場合は、必ず添付すること。