

欠 席 届

平成 年 月 日

横浜薬科大学学長 殿

学 科 年

学籍番号 番

氏 名 印

保護者氏名 印

今般、私は _____ のため、次のとおり欠席いたします。

期 間	時 限	科 目 名	担当講師
年 月 日 曜日			
年 月 日 曜日			
年 月 日 曜日			
年 月 日 曜日			
年 月 日 曜日			
年 月 日 曜日			
年 月 日 曜日			
年 月 日 曜日			
年 月 日 曜日			
年 月 日 曜日			
年 月 日 曜日			
年 月 日 曜日			

注：診断書又は証明書を添付のこと。