

欠 席 届

平成 年 月 日

日本赤十字豊田看護大学長 殿

学 年	第 学年
学籍番号	
氏 名	

下記のとおり欠席します（しました）。

記

欠席期間	平成 年 月 日（ ）から 平成 年 月 日（ ）まで計 日間
理 由	
備 考	

* 病気のために7日以上欠席した場合は、医師の診断書を添付すること。