欠　　席　　届

　　年　　月　　日

滋賀医科大学長　殿

　　　　　　　　　　年度入学

学 籍 番 号

学年・クラス

氏　名

**欠席したいので、**

　下記のとおり　　　　　　　　　　　　　お届けします。

**欠席しましたので**

記

|  |  |
| --- | --- |
| **欠席期間** | 自　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　日至　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　日 |
| **欠席理由****＊具体的に記入すること** |  |

**＊病気等の場合は診断病名を記載し、診断書の写し等を添付すること。**