係	係　長	課長補佐	課　長	学生部次長	学生部長

欠　　席　　届

令和　　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．令和　　年　　月　　日　　至．令和　　年　　月　　日　　の下記の授業を欠席しました

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。