

担当教員 認 印	※	顧 問 認 印	※
-------------	---	------------	---

欠 席 届

年 月 日

愛知医療学院短期大学長 様

リハビリテーション学科

専 攻 (専 攻)

学 年 (年)

学籍番号 ()

氏 名 ()

下記の通り、欠席（します・しました）のでお届けします。

記

1. 欠席の講義名

2. 理 由 :

3. 日 時 :

年 月 日 限目