

欠席（欠課）届

年 月 日

佐賀県医療センター好生館看護学院長様

学 科 第 学 年

氏 名

私は、下記理由により欠席（欠課）します（しました）。

記

理 由

期 間

欠席 年 月 日から 年 月 日まで 日間

欠課 年 月 日

【講義】

欠課	授業時限	授 業 名
	1 時間目	
	2 時間目	
	3 時間目	
	4 時間目	
	5 時間目	

欠課した時限に○をつけて、当該時限の授業名を書いてください。

【実習】

時 間	実 習 名
時 分 ~ 時 分	

※ この届に記載されている事項については、学院事務以外の利用目的には使用することはありません。