教務部長	学科長	課　長	事務室受付	担　任

公　　欠　　願

令和　　年　　月　　日

川崎医療短期大学長 殿

学　　科＿＿＿＿＿＿＿＿　学年＿＿＿

学籍番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下記の事由により欠席しますので、公欠として取り扱いくださるよう申請いたします。

記

事　由 （該当の番号を〇で囲み内容を記入する）	**1．感染症等** ・診断名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ・症状が出現した日：＿＿月＿＿日 ・診断を受けた日：＿＿月＿＿日 ・医師の指示による復帰予定日：＿＿月＿＿日 **2．就職・進学試験等** **3．忌引き**（続柄:　　） **4．実習先の都合等により公欠扱いの必要が生じた場合** （2～4の場合記入） ・行　先：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ・該当日時：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ・所在地(市町村まで記入)：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ・経　路（自宅または学校からの経路） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ **5．その他**（　　）
期　間	月　　日　　曜日から　　月　　日　　曜日まで　　日間

授業日程	授業科目	担当教員名
日　　曜日　　時限		
日　　曜日　　時限		
日　　曜日　　時限		
日　　曜日　　時限		
日　　曜日　　時限		

備　考

※ 証明できる書類を添付すること。

授業日程	授業科目	担当教員名
日　　曜日　　時限		
日　　曜日　　時限		
日　　曜日　　時限		
日　　曜日　　時限		
日　　曜日　　時限		
日　　曜日　　時限		
日　　曜日　　時限		
日　　曜日　　時限		
日　　曜日　　時限		
日　　曜日　　時限		
日　　曜日　　時限		
日　　曜日　　時限		
日　　曜日　　時限		
日　　曜日　　時限		
日　　曜日　　時限		
日　　曜日　　時限		