

校長	主任	担任

平成 年 月 日

## 連続欠席届

大宮歯科衛生士専門学校長 様

連続して3日以上欠席しましたので、下記のとおりお届け致します。

学年 学籍番号： 氏名： 印

平成 年 月 日 ( ) ~ 月 日 ( ) 計 間

理由

※学校感染症で欠席の場合は、医師に治癒証明書を記入してもらい一緒に提出してください。

証明書が提出可能であれば、下記の欠課欄へは記入の必要はありません。

欠課：

年月日	限	科目

保証人署名

印