

| | | |
|----|----|----|
| 校長 | 主任 | 担任 |
| | | |

令和 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5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：

令和 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