

欠 席 届

令和 年 月 日

熊本総合医療リハビリテーション学院長殿

学科 学年

学籍番号

氏 名 印

下記の理由により、
欠席します
欠席しました
ので届け出ます。

日時	令和 年 月 日 () ~ 令和 年 月 日 ()	講師確認印
欠席理由		

月日	時限	授業科目	担当講師名	遠隔授業 (講師確認印)
月				
日				
()				
()				

※公欠の場合、学科の講師は該当する項目に○印を記入し、確認欄に押印してください。

公欠の取扱い	災害等による登校困難		感染症疑いの症状による出席停止		講師確認印
	忌引き (会葬御礼などを確認)		公共交通機関の不通・遅延 (遅延証明書などを確認)		
	専修学校体育大会参加		教育訓練給付金手続き		
	その他学院長が公欠と認めた場合 ()				

受付日 []

欠 席 届

学科 _____ 学年 _____

学籍番号 _____

氏 名 _____ 印 _____

月日	時限	授 業 科 目	担当講師名	遠隔授業 (講師確認)
月 日 ()				

月日	時限	授 業 科 目	担当講師名	遠隔授業 (講師確認)
月 日 ()				

月日	時限	授 業 科 目	担当講師名	遠隔授業 (講師確認)
月 日 ()				

※「様式12-1」に付けて提出すること。