

欠席・欠課・公欠・遅刻・早退 届

※該当箇所に○で印をつける

令和 年 月 日

専門学校高崎福祉医療カレッジ 学校長 殿

看護師科（2年課程通信制）

学籍番号 _____

氏 名 _____

該当日時	令和 年 月 日 () : ~ :				
理由					
			教務主任	担当科目教員	教務事務