

試験欠席承認願（届）

平成 年 月 日

茨城県立医療大学長 殿

所 属 年

学籍番号

氏 名 印

私は、次のとおり試験を欠席します(した)ので、承認くださるようお願いいたします。

月 日	曜 日	時 限	試 験 科 目	担 当 教 員

※ 欠席理由(病気の場合は医師の診断書, その他の場合は理由書を添付のこと)

別紙のとおり