

# 休 講 届

平成 年 月 日

茨城県立医療大学長 殿

所 属  
職 名  
氏 名  
印

私は、次のとおり休講します（した）ので、お届けします。

月 日	曜日	時限	授業科目	備考

◇ 休講理由

---

---

---

---

---

補講予定日時

月 日	曜日	時限	授業科目	備考