

(別紙様式1)

授 業 欠 席 承 認 願

年 月 日

茨城県立医療大学学務委員長 殿

所 属 学科 年

学籍番号

氏 名

私は、次のとおり欠席します(した)ので、所定の授業欠席時間数を出席したものとして扱っていただくことを承認くださるようお願いいたします。

月 日	曜 日	時 限	授 業 科 目	欠席時間数 (コマ数)	出席要件上の 欠席許容時間 数(コマ数)	備 考
					(事務局記入)	

※欠席理由・期間

(感染症罹患の場合は医師の診断書等(罹患した感染症名及び受診日などが記載された医療機関が発行したもの)、忌引の場合は会葬礼状等を添付のこと)

(1) 感染症罹患・濃厚接触・疑似感染等

出席停止期間： 年 月 日 () ～ 年 月 日 () 日間

病 名：

(2) 親族の忌引

欠 席 期 間： 年 月 日 () ～ 年 月 日 () 日間

続 柄：

注) 出席したものとして扱う授業欠席時間数は、各授業科目の出席要件により欠席が認められる最大の時間数を限度とする。