年　　月　　日

別紙様式（第４関係）

**特別な理由による公欠申請書**

保健学科教務部会長　殿

学籍番号

学年・氏名

以下の理由による公欠を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 公欠を申請する特別な理由 |  |
| 期　　間 | 　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日（　日間） |
| 目的地(機関名等)所在地 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 欠席する授業 | 授業担当教員 |
|  | 欠席を承諾します。授業担当教員氏名　　　　　　　　　 |
|  | 欠席を承諾します。授業担当教員氏名　　　　　　　　　 |
|  | 欠席を承諾します。授業担当教員氏名　　　　　　　　　 |
|  | 欠席を承諾します。授業担当教員氏名　　　　　　　　　 |

※欠席する授業の1.5箇月前までに提出すること