

特別欠席承認願

(宛先) 静岡市立静岡看護専門学校長

学 年
学籍番号
氏 名

次の理由による欠席を特別欠席として承認して下さるようお願いいたします。

1. 理由

1 学校保健安全法によるもの	出席停止の理由
2 災害時によるもの	災害の理由
3 受験のため	受験先 受験日
4 その他	理由

*該当する番号を○で囲んでください。なお欠席を証明するものを添付すること。

2. 期間

年 月 日 ~ 年 月 日

○ 特別欠席の承認を受ける日、時限

--