

欠 席 願

年 月 日

熊本歯科技術専門学校長 殿

所 属 科 年 番
氏 名 印

下記理由のとおり欠席しましたので受領願いたくお届けします。

期 間 年 月 日から 年 月 日 (日間)

理 由