様式６号

欠　　席　　願

年　　月　　日

熊本歯科技術専門学校長　殿

所　　属　　科

学 籍 番 号

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