様式７号

欠　席　願　（病院〈その他〉証明用）

年　　月　　日

熊本歯科技術専門学校長　殿

下記証明の理由のとおり　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで

欠席 しました／します ので保護者連署の上、受領願いたくお届けいたします。

所　　属　　科

学 籍 番 号

氏　　名　　印

病院〈その他〉証明欄

理由・病名（その他）

病院・医院・診療所・〈その他〉

印