

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
ので保護者連署の上、受領願いたくお届けいたします。
します

所 属 科 年 番
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