

年 月 日

公 欠 届

茨城キリスト教大学
学 生 部 長 殿

学籍番号

氏 名

印

下記のとおり、公欠となりますので、お届けいたします。

記

1. 公欠理由

2. 出席停止期間 年 月 日 ~ 年 月 日

1の理由により、 月 日まで自宅療養を要する。

医療機関

医師名

印

3. 科目名および担当教員名

時	曜	月	火	水	木	金	土
1	科目名 担当教員名						
2	科目名 担当教員名						
3	科目名 担当教員名						
4	科目名 担当教員名						
5	科目名 担当教員名						
6	科目名 担当教員名						

※学校保健法施行規則第 19 条により出席停止となります。受診された医療機関で署名、捺印を
してもらい学生部に提出してください。

担 当	部 長	副部長					保健室	教務部

公 欠 届

茨城キリスト教大学大学院
研 究 科 長 殿

下記のとおり公欠しますので、お届けいたします。

記

1、公欠理由（詳細に記入のこと）

2、公欠期間 年 月 日 ～ 月 日

3、科目名および担当教員名

時	曜	月	火	水	木	金	土
1	科目名 担当教員名						
2	科目名 担当教員名						
3	科目名 担当教員名						
4	科目名 担当教員名						
5	科目名 担当教員名						
6	科目名 担当教員名						
7	科目名 担当教員名						

※医師の診断書等を添えて提出してください。

文学研究科 _____ 専攻 _____ 年次
学籍番号

氏 名 _____ 印

研究科長						保健室	教務部