（様式　15）

欠　席（課）願

年　　月　　日

姫路赤十字看護専門学校長　様

学籍番号

氏　　名　　印

保証人　氏名　　印

下記のとおり欠席（課）いたしたいので、ご許可くださるよう保証人連署の上、お願いいたします。

記

１．期　間　　自　　年　　月　　日　　時

至　　年　　月　　日　　時

日間（　　時間）

２．理　由　　（病気で欠席が７日以上の場合は診断書添付のこと）