

公 欠 願

年 月 日

山梨県歯科衛生専門学校長 殿

学生証番号 No ー

年 番 学生氏名

印

次により公欠を許可して下さいますようお願いいたします。

期 日 年 月 日 () ~ 年 月 日 () (日間)

理 由

※感染症の場合は、医療機関の受診領収書および学校指定の通学許可書を添えること。