校　長	教務 部長	PT 学科長	OT 学科長	ST 学科長	総務 課長	学生 課長	教務 課長		事務長 （確認）

提出日　平成　　年　　月　　日

欠 席 願 （ 長 期 ）

関西総合リハビリテーション専門学校長　様

学　　科　　学　　年
学籍番号
ふりがな
氏　　名
電話番号　　―　　―

下記の通り、長期欠席したいのでご許可下さいますようお願いいたします。

理　　由		
期　　間	自　平成　　年　　月　　日（　　）	
	至　平成　　年　　月　　日（　　）	
	日間	
備　　考		

（注）

1．病気の場合は、診断書を添付のこと。
2．署名は必ず、本人が自署すること。

Kansai Rehabilitation College
関西総合リハビリテーション専門学校