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　令和　　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　令和　　年　　月　　日（　　）
	至　令和　　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