**欠席・早退・遅刻願（届）**

　年　　　月　　　日

実習指導者

　　　　　　　　　　　　　　　　様

北海道医療大学リハビリテーション科学部/心理科学部

言語聴覚療法学科

実習生氏名　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　年　　　　月　　　　日（　　曜日）　　　　　時から

　　　　　年　　　　月　　　　日（　　曜日）　　　　　時まで

下記の理由により（欠席・早退・遅刻）いたしますので、お届けいたします。

理由：

実習生連絡先

　住　所　〒

電　話

**実習指導者記入欄**

事前に許可・事後確認（〇で囲んで下さい）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

施設名

実習指導者名　　　　　　　　　　　　　　　印

実習指導者氏名　　　　　　　　　　　　印