

# 欠席・早退・遅刻届

北海道医療大学 リハビリテーション科学部

言語聴覚療法学科

実習生氏名： \_\_\_\_\_ (学籍番号： \_\_\_\_\_)

下記のとおり、実習期間中の欠席・早退・遅刻について、ご報告いたします。

内容	日付	事由
早退・遅刻 欠席	月 日	

\*実習生へ：公欠席に関わる書類がある場合は、別紙に貼り付けて添付すること。

上記の内容を確認したことを証明する。

西暦 年 月 日

実習指導者ご署名： \_\_\_\_\_