

事務局長	受 付 者

# 公 欠 願

年 月 日

大阪行岡医療大学 学長 殿

科 名 医療学部 理学療法学 科

第 \_\_\_\_\_ 学年 No. \_\_\_\_\_

学 生 氏 名 \_\_\_\_\_ 印

下記理由により  
公欠を申請します

年 月 日 ~ 年 月 日 まで

## 記

理 由 (詳しく記入してください)

---

---

---

---

---

※病気による場合は医師の診断書又は、それに相当する証明書類を添付してください。