

## 講義欠席届 NOTIFICATION OF ABSENCE

年 月 日  
Year Month Day

松本歯科大学長殿  
To the President of Matsumoto Dental University,

## 大学院歯学独立研究科 Graduate School of Oral Medicine

学籍番号 Student ID No.	ID #	G	番
ふりがな			(印)
氏名 Name in Full	Signature		

下記のとおり講義を欠席したいので、届け出ます。

I hereby report of an absence as noted below.

記

科目名 Subject	※該当する科目の□にチェックをつける / Check the applicable subject						
	<input type="checkbox"/> 口腔疾患制御再建学研究論 / Oral Disease and Tissue Engineering Research						
	<input type="checkbox"/> 医療・科学倫理学概論 / Morals and Ethics in Medical Practice and Biotechnology						
	<input type="checkbox"/> 口腔生命科学研究方法論 / Basic Oral Life Science						
	<input type="checkbox"/> 口腔生命科学臨床応用論 / Clinical Research in Oral and Maxillofacial Bioscience						
欠席期間 Term of absence	From		To				
	年 Year	月 Month	日～ Day	年 Year	月 Month	日 Day	
欠席の理由 Reason							

主指導教員 氏名 印  
Chief academic advisor Name Signature

### 備考 / Notes:

- 1.欠席の理由は、具体的に記入すること。  
Write specific reason.
- 2.主旨導教員の承認を得て届け出ること。  
Get chief academic advisor's consent.

研究科長	所 屬 長	受 付