

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 ID# G 番  
Student ID No.

ふりがな

氏名 ⑩  
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 年 月 日 ~ To 年 月 日 Year Month Day Year Month Day
欠席の理由 Reason	

主指導教員 氏名  
Chief academic advisor Name

⑩  
Signature

備考 / Notes:

- 欠席の理由は、具体的に記入すること。  
Write specific reason.
- 主指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	所属長	受付