（様式４）　　厚生労働省認可通信教育

スクーリング欠席届

群馬医療福祉大学附属医療福祉専門学校
精神保健福祉士短期養成通信課程御中

令和　　年　　月　　日
学籍番号
精神保健福祉士短期養成通信課程
氏名　　㊞

下記の理由により、スクーリングを欠席したいので届け出ます。

記

欠席日（該当の日程を全て記入すること）

〈理　由〉