

月 日	決 裁	部長	部門長	部門員	担当者

公認欠席願（骨髄移植に係る骨髄液提供等）

年 月 日

山口県立大学学長 様

所 属 _____

学生番号 _____

氏 名 _____

私は、 年 月 日から 年 月 日まで欠席いたし（ます・ました）
ので、山口県立大学公認欠席に関する取扱内規第3条の規定に基づき、公認欠席として認
めてくださるようお願いいたします。

【欠席事由】

骨髄移植に係る骨髄液提供等のため

1. 事由（該当事由に✓を入れ、期間を記入のこと）

- ドナー候補者として、確認検査等の説明及び確認検査を受ける日
- ドナー候補者として、骨髄液又は末梢血幹細胞採取に関する最終説明及び最終同意のため
に医療機関等に赴く日
- ドナーとして、骨髄液又は末梢血幹細胞採取前の健康診断を行う日
- 骨髄液採取時に用いる自己血保存のための採血を行う日
- 末梢血幹細胞採取前の顆粒球コロニー刺激因子（G-CSF）の注射を行う日
- 骨髄液又は末梢血幹細胞採取に伴い入院する日
- 骨髄液又は末梢血幹細胞採取後の健康診断を行う日
- その他骨髄バンク事業に関する手続等に必要となる日

※遠隔の地に赴く場合にあっては、往復に要する日数を加えた日数とする。

この場合、次の①～②を記入してください。

①学生現住所	
②該当の住所（場所）	

[期間： 年 月 日～ 年 月 日（欠席期間 日間）]

2. 欠席した授業科目

教 員 名	授業科目名	月日（曜日）	時限	備考
		/ ()		
		/ ()		
		/ ()		
		/ ()		
		/ ()		

※財団法人骨髄移植推進財団の発行する証明書等を添付すること。

上記学生については、公認欠席取扱内規第3条（9）に該当するため、公認欠席と認めら
れました。

年 月 日

担当 教務部門

(

学部担当)

⑩

