请假证明

尊敬的老师：

 您好！本人是\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 年级\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 专业\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_学号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 身份证号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 因\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 不能参加西安医学院线下课程，请假\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 天（自 年 月 日至 年 月 日），后附单位证明。

 申请人：

 年 月 日