

休学願・復学願・退学願

(平成 年 月 日提出)

日本メディカル福祉専門学校 学校長 様

氏 名	印	生年月日	年 月 日生
		課程の種別	<input type="checkbox"/> 保育士科通信課程 <input type="checkbox"/> 科目等履修生
学籍番号	— —	入学年度	年度

下記の事由により、休学願・復学願・退学願についてご許可をお願い致します。
(該当するもの以外を、二重線で消してください。)

【申出期日： 年 月 日】

事 由	

復学日	年 月 日 ※	受付日	受付者	処理日	処理者
退学日	年 月 日 ※	／		／	
休学期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ※	※	※	※	※

※欄には記入しないでください。
※コピーをして使用してください。