

期限延長レポート願・再提出レポート願・再判定レポート願・  
継続履修願・スクーリング日程変更願

( 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 <input type="checkbox"/> 科目等履修生
学籍番号	— —	入学年度	年度
下記の科目につきまして、期限延長レポート・再提出レポート・再判定レポート・継続履修・スクーリング日程変更を申し込みます。 コピーを使用してください。(該当するもの以外を、二重線で消してください。)			
	科 目 名	担 当 講 師 名	金 額
1			円
2			円
3			円
4			円
5			円
	受付日	受付者	合 計
	※ /	※	

太枠内の必要事項を記入してください。 コピーをして使用してください。 ※欄には記入しないでください。

学籍番号	_____
氏 名	_____ 様
金 額	_____ 円

科目名

\_\_\_\_\_

期限延長レポート・再提出レポート・再判定レポート・継続履修  
スクーリング日程変更 料を上記の通り領収いたしました。

年 月 日  
日本メディカル福祉専門学校