

休学願・復学願・退学願

（ 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いたします。
 (該当するもの以外を、二重線で消して訂正印を押してください。)

【申出期日： 年 月 日】

事由	

復学日	年 月 日 ※	受付日	受付者
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。