

# 休学願・復学願・退学願

(令和 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			
		スクールソーシャルワーク教育課程				
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 ※	※	※	※	※	※

※印は学校側が記入します。  
◎コピーをしてご使用ください。