

破 損 届

令和 年 月 日

独立行政法人 地域医療機能推進機構
東京新宿メディカルセンター附属看護専門学校
学 校 長 殿

学 年

学籍番号

氏 名

今般、次の理由により
いたします。

を破損致しましたのでお届け

記

1. 破損理由

2. 破損年月日

令和 年 月 日