

復 学 願

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

令和 年 月 日より休学のところ、今般、次の理由により復学いたしたく、
保証人連署をもってお願いいたします。

記

1. 理 由

2. 復学期日 令和 年 月 日

本人 住 所

TEL ()

氏 名 ⑩

保証人 住 所

TEL ()

氏 名 ⑩

(注) 病気の際は医師の診断書を添付すること。