

# 紛失届

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。

を紛失致しましたのでお届け

記

1. 紛失理由

2. 紛失年月日

令和 年 月 日