

# 退 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

今般、次の理由により、退学いたしたく、保証人連署をもってお願いいたします。

## 記

1. 理 由

2. 退学期日 令和 年 月 日

本人 住 所

TEL ( )

氏 名 ㊟

保証人 住 所

TEL ( )

氏 名 ㊟

(注) 病気の際は医師の診断書を添付すること。