

通 学 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、下記の通り、通学いたしますのでお届けいたします。

1. 住 所 〒

Tel ()

2. 通学区間

線	駅 ~ 駅
線	駅 ~ 駅
線	駅 ~ 駅

3. 所要時間

分

4. 同居者

氏 名	続 柄