

休 学 願

日本体育大学医療専門学校 校長 殿

提出日 年 月 日

年 (整復健康学科 ・ 口腔健康学科)	
学籍番号	
氏 名	

下記のとおり休学いたしたいので許可くださるようお願ひいたします。

記

1. 休学の理由

2. 休学の期間 令和 年 月 日から
令和 年 月 日まで

令和 年 月 日

本人 氏名 _____ (印)

本人 住所 _____

保証人氏名 _____ (印)

保証人住所 _____

※ (注) 病気の場合は医師の診断書、その他の場合は詳細な事由説明書を添付すること。

《 事務使用欄 》				
校長	学科長	事務長	担任	学務