

復学願

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	

下記のとおり復学いたしたいので許可くださるようお願いいたします。

記

1. 復学の月日 令和 年 月 日から

2. 休学の期間 令和 年 月 日から
令和 年 月 日まで

3. 休学の理由

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 _____

《事務使用欄》

校長	学科長	事務長	担任	学務