様式通第21号

再　履　修　願

平成　　年　　月　　日

木 更 津 看 護 学 院

校長　　様

2年課程（通信制）
学籍番号

学生氏名

下記科目の再履修をしたいので、お願いいたします。

記

科　目　名	単位数	金　額

受講料は下記の方法でお支払いします。

□ 受講料は、裏に貼付のとおり銀行振り込みました。

振込み日　　年　　月　　日　　金額　　円