様式通第４号

休　学　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

保証人氏名

下記のとおり休学したいので、ご許可くださるよう保証人連署の上、お願いいたします。

記

１．休学の理由

２．休学期間　　平成　　年　　月　　日から
　　平成　　年　　月　　日まで

３．休学中の住所

※許可年月日
平成　　年　　月　　日

※は記入しないでください。