様式通第５号

復　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

下記のとおり復学したいと思いますので、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．復学の理由

２．復学希望年月日　　平成　　年　　月　　日

３．休学期間　　平成　　年　　月　　日から
　　平成　　年　　月　　日まで

※許可年月日
平成　　年　　月　　日

※は記入しないでください。