

# 面接授業（スクーリング） 受講会場及び日程変更願

平成 年 月 日

札幌医学技術福祉歯科専門学校  
社会福祉士通信課程 御中

下記のとおり、面接授業の受講会場及び日程を変更したいので、許可願います。

学籍番号			氏名 (自署)		
科目名	変更前		変更後(希望)		※以下、記入不要
	会場	月日	会場	月日	

※以下は、記入不要です。

『面接授業（スクーリング）欠席届』の提出確認 <input type="checkbox"/> 提出済み（ 月 日） <input type="checkbox"/> 未提出			
許可年月日	平成 年 月 日付で、変更を（許可する・許可しない）		
(学校使用欄)	学科長	教員	受付日

※この用紙はコピーをとって使用してください