

復学願

平成 年 月 日

札幌医学技術福祉歯科専門学校 校長 様

この度、下記の理由により復学したいので、許可願います。

学籍番号		氏名 (自署)	
現住所	〒 - TEL () -		
休学期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日まで		
復学希望日	平成 年 月 日から、復学を希望します。		
通信欄			

※以下は、記入不要です。

許可年月日	平成 年 月 日付で、復学を（許可する・許可しない）					
校長	統括部長	学科長	教員	事務担当		受付日

(注意) 傷病により休学していた場合は、復学できるという医師の診断書を添えて提出してください。

※この用紙はコピーをとって使用してください