

在学延長願

令和 年 月 日

札幌医学技術福祉歯科専門学校 校長 様

この度、下記の理由により在学を延長したいので、許可願います。

学籍番号		氏名 (自署)	
現住所	〒 - TEL () -		
継続理由			

※願出にあたっての留意事項

在学延長料として、25,000円/年（在籍料・再履修料）が必要です。
（納入方法等は、別途通知します）

※以下は、記入不要です。

(学校使用欄)						
許可年月日	令和 年 月 日付で、在学を（許可する・許可しない）					
在学許可期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで					
校長	統括部長	主任	教員	事務担当		受付日

※この用紙はコピーをとって使用してください