

復 学 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	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで		
復 学 希 望 日	令和 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	令和 年 月 日付で、復学を（許可する・許可しない）					
校長	統括部長	主任	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