

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）

受付日