

休 学 願

令和 年 月 日

大 島 看 護 専 門 学 校 長 殿

第 学 年 ( 回 生 )

本 人 氏 名 ⑩

連 帯 保 証 人 氏 名 ⑩

下記のとおり休学したいので、許可下さいますよう保証人連署のうえお願いいたします。

記

休学期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
休学理由	

※ 病気の場合は、診断書を添付のこと。