

復 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

下記のとおり復学したいので、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
復学予定日	令和 年 月 日
復学理由	

※ 就学可能な場合は、証明書を添付のこと。