

退 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 ㊟

連 帯 保 証 人 氏 名 ㊟

下記のとおり退学したいので、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

退学予定日	令和 年 月 日
退 学 理 由	