

(様式 5)

復 学 願

年 月 日

姫路赤十字看護専門学校長 様

年度入学生

学籍番号

氏 名 印

生年月日 年 月 日生

保証人住所

氏名 印

保証人住所

氏名 印

私はこのたび下記理由のため復学いたしたく、ご許可下さいますよう保証人連署の上、お願いいたします。

記

1. 復 学 日 年 月 日

2. 理 由