

様式第 7 号（学則第 19 条関係）

復 学 願

年 月 日

佐賀県医療センター好生館看護学院長 様

学 科 第 学 年

本 人 氏 名（自署）

保証人 氏 名（自署）

私は、下記のとおり休学理由が消滅したため、 年 月 日から復学したいので許可くださるよう保証人連署のうえ申請します。

事 由

- ※ 休学理由が病気（体調不良を含む）による場合は、医師の診断書を添付してください。
- ※ この申請書に記載されている事項については、学院事務以外の利用目的には使用することはありません。