

様式第8号（学則第20条、第21条関係）

# 退（転）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

学籍番号

本 人 氏 名（自署）

保証人 氏 名（自署）

私は、下記事由により 年 月 日に退（転）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。

記

事 由

※ 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。