

休 学 願

年 月 日

市立函館病院高等看護学院長 様

学年（A・B）組 出席番号

学生氏名 (自署)

保証人氏名 (自署)

私は、このたび下記の理由により、

年 月 日 から 年 月 日まで

休学したいので、ご許可くださいますよう保証人連署のうえお願い申し上げます。

記

理由：

添付書類：（病気の場合は医師の診断書を添付のこと）

- ※ 保証人は、入学時に提出した誓約書に保証人として署名した者であること
ただし、その後変更した場合は、変更後の保証人であること
- ※ 月に一度来院し、教員と面談（遠方の場合は電話連絡）し、状況を報告すること
理由なく1か月以上連絡が滞った場合は、学生または保証人に対し、除籍の手続きを行う旨の予告通知をする
除籍の手続きを行う旨の予告通知後、除籍予定年月日までに連絡がない場合は除籍とする