

(様式2)

復学願

令和 年 月 日

(専) 京都中央看護保健大学校
学校長 様

学籍番号

学 科

住 所

学生氏名

生年月日 年 月 日生

保証人氏名

この度下記の理由のとおり復学したいのでご許可くださるようお願いいたします。

記

復学日 年 月 日

理 由