

# 休 学 願

年 月 日

日本赤十字豊田看護大学長 殿

学 年	第 学年
学籍番号	
学生氏名	印
保証人氏名	印

下記のとおり休学したいので、許可をお願いします。

## 記

休学期間	年 月 日から 年 月 日まで
理 由	
所 見	チューター／指導教員氏名 印

- \* 病気等による場合は、医師の診断書を添付すること。
- \* 所見欄で不足の場合は、理由書を別紙添付すること。