

休 学 願

年 月 日

香川県立保健医療大学長 殿

所 属 保健医療学研究科
助産学専攻科
保健医療学部（ 学科）
学 年 年
学籍番号
氏 名 印

保証人 氏 名 印

次のとおり休学したいので、許可くださるようお願いします。

| | | |
|---------|------|--------------------|
| 休 学 期 間 | | 年 月 日から 年 月 日まで |
| 休 学 理 由 | | |
| 休学中の連絡先 | 住 所 | |
| | 電話番号 | () — |

- 注 1 疾病等による休学の場合は、医師の診断書を添付すること。
2 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。
3 保証人は、現況届（変更届を含む）で提出されている保証人であること。