

留 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

次のとおり留学したいので、許可くださるようお願いします。

留学大学・大学院・学部・学科名		
留 学 期 間		年 月 日から 年 月 日まで
留 学 の 目 的		
留学中の連絡先	住 所	
	電話番号	

- 注 1 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。
2 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。