

転学願

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

次のとおり転学したいので、許可くださるようお願いします。

志願大学・大学院・学部・学科名	
転学年月日	年 月 日
転学理由	

- 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。